

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1937

THÈSE

N°

158

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Armand DE LAVEDAN DE CASAUBON

Né le 24 Juillet 1909, à BUENOS-AIRES (Argentine)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'ÉQUILIBRE ACIDO-BASIQUE
DANS L'ECZÉMA, L'URTICAIRE
ET L'ŒDÈME DE QUINCKE

Président : M. ABRAMI, Professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

—
1937

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1937

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Armand DE LAVEDAN DE CASAUBON

Né le 24 Juillet 1909, à BUENOS-AIRES (Argentine)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'ÉQUILIBRE ACIDO-BASIQUE
DANS L'ECZÉMA, L'URTICAIRE
ET L'ŒDÈME DE QUINCKE

Président : M. ABRAMI, Professeur

PARIS
VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS
23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1937

I. — Professeurs

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEI.
Pathologie expérimentale et comparée	LAVASTINE.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	FIESSINGER.
	Maur. VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel IABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBCULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEOT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GREGOIRE.
Clinique ophtalmologique	LENORMANT.
Clinique urologique	TERRIEN.
	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
Clinique gynécologique	JEANNIN.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	MOCQUOT.
Clinique thérapeutique médicale	OMBREDANNE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	RATHERY.
Clinique thérapeutique chirurgicale	LEMAITRE.
Clinique propédeutique	Pierre DUVAL.
Clinique de la Tuberculose	SERGEANT.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	BEZANÇON.
Clinique cardiologie	MATHIEU.
	LAUBRY.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — Agrégés en exercice

	MM.
AMELINE	DE GAUDART
BARIETY	D'ALLAINES
BENARD Henri	DE GENNES ...
BERNARD Et.	GAYET
BESANÇON (J.)	GIROUD
BOULIN	HAGUENEAU ..
BULLIARD	HALPHEN
CATHALA	HAZARD
CHEVALLIER	HUGUENIN
COSTE	JOANNON
DOGNON	LACOMME
FEY	LANTUEJOL ..
FUNCK	LAROCHE Guy.
BRENTANO	LELONG
GALLIARD	
GASTINEL	
	Pathologie chirurgicale.
	Pathologie médicale.
	Pathologie médicale.
	Pathologie médicale.
	Hydrologie.
	Pathologie médicale.
	Histologie.
	Pathologie médicale.
	Oto-rhino-laryngologie.
	Pharmacologie.
	Anatomie pathologique.
	Hygiène.
	Obstétrique.
	Obstétrique.
	Pathologie médicale.
	Pathologie médicale.



MM.		MM.	
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.	PIEDELJEVRE ..	Médecine légale
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.	PORTES	Obstétrique.
LEVY (M ^{lle} J.)..	Pharmacologie.	RENARD (L.) ..	Ophtalmologie.
LEVY-VALENSI.	Neurologie et Psychiatrie	RICHET	Physiologie.
MENEGAUX ...	Pathologie chirurgicale.	SANNIE	Chimie biologique.
MOLLARET ...	Pathologie médicale.	SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
MOREAU	Pathologie médicale.	TROISIER	Pathologie expérimentale
MOULONGUET.	Pathologie chirurgicale.	TURPIN	Pathologie médicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.	VIGNES	Obstétrique.
OBERLING	Anatomie pathologique.	WILMOTH	Pathologie chirurgicale
PETIT-			
DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.		

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.		MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.	LARDENNOIS....	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.	LEROUX	Anatomie pathologique
CHAILLEY-		NEVEU-	
BERT.....	Physiologie.	LEMAIRE ...	Parasitologie.
GUENIOT.....	Obstétrique.	PHILIBERT ...	Bactériologie.
		VAUDESCAL.....	Obstétrique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM		MM.	
ALAJOUANINE..	Clinique médicale.	BASSET	Clinique chirurgicale
AUBERTIN		BROCQ	
BRULE		CADENAT	
CHABROL		GATELIER ...	
CHIRAY		HEITZ-BOYER ..	
DONZELOT		MOURE	
DUVOIR.....		QUENU	
LIAN		SCHWARTZ	
PASTEUR		VELTER	
VALLERY-RADOT		ECALLE	
SEZARY			
		LE LORIER	Clinique obstétricale
		LEVY-SOLAL ..	
		METZGER	

V. — Chargés de cours

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrège	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
PHILIBERT, agrégé ...	Microbiologie.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées, comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE, A MA MERE

En témoignage de ma profonde
affection et de ma très sincère re-
connaissance.

A MA FEMME

A MA SŒUR

A MES BEAUX-PARENTS

A MADAME LOUIS SINGER (*in memoriam*)

A MONSIEUR LE DOCTEUR
DUJARRIC DE LA RIVIERE

Chef de Service à l'Institut Pasteur

Dont l'amitié très sûre me fut
une aide précieuse à l'Institut Pas-
teur.

En hommage de ma vive recon-
naissance et de mon profond atta-
chement.

MEIS ET AMICIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ABRAMI

*Professeur de Pathologie médicale à la Faculté
Médecin de l'Hôpital Broussais*

Qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

En témoignage de ma profonde reconnaissance et de mon respectueux attachement.

Je dédie spécialement ce travail

A MON MAÎTRE

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PASTEUR VALLERY-RADOT

*Médecin de l'Hôpital Bichat
Membre de l'Académie de Médecine*

Dont l'enseignement me fut si
précieux, en témoignage de ma
bien vive gratitude et de mon
fidèle dévouement.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LOUIS MARTIN

Directeur de l'Institut Pasteur
Membre de l'Académie de Médecine

En témoignage de respectueuse
reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR RENÉ MARTIN

Médecin de l'Hôpital de l'Institut Pasteur

En témoignage de ma vive gratitude et de ma sincère reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR P. BLAMOUTIER

Qui m'a toujours témoigné la
plus amicale bienveillance et m'a
guidé de ses précieux conseils jus-
qu'à l'élaboration de cette thèse.

Hommage de ma respectueuse
affection.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Stage :

MONSIEUR LE PROFESSEUR HENRI HARTMANN.
MONSIEUR LE PROFESSEUR FERNAND WIDAL (*in memoriam*).

Externat :

MONSIEUR LE PROFESSEUR PIERRE DUVAL.
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PASTEUR VALLERY-
RADOT.
MONSIEUR LE PROFESSEUR ABRAMI.
MONSIEUR LE PROFESSEUR LEREBoullet.
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ JEAN TROISIER.
MADAME LE DOCTEUR BERTRAND-FONTAINE.
Médecin des Hôpitaux

A MESSIEURS LES PROFESSEURS AGRÉGÉS H. MONDOR
ET M. BARIETY

A MONSIEUR LE DOCTEUR DE BRUN DU BOIS-NOIR
Médecin des Hôpitaux

A MM. LES DOCTEURS MAURIC ET DELAFONTAINE,
WALLICH ET LICHWITZ,
FAUVERT

Que je prie de bien vouloir ac-
cepter l'expression de mes senti-
ments de reconnaissance pour l'é-
ducation clinique que je leur dois.

A MES MAÎTRES DE L'HÔPITAL ET DE L'INSTITUT PASTEUR

A MONSIEUR LE DOCTEUR HENRI DARRE

Médecin des Hôpitaux de Paris
Médecin de l'Hôpital Pasteur

A MONSIEUR LE DOCTEUR RENÉ MARTIN

Médecin de l'Hôpital Pasteur

A MESSIEURS LES DOCTEURS THIROLOIX, BOCAGE
ET DELARUE

Médecins Assistants de l'Hôpital Pasteur

A MESSIEURS LES DOCTEURS A. LAFFAILLE
ET ETIENNE ROUX

Chefs de Laboratoire à l'Institut Pasteur

A MES COLLÈGUES D'INTERNAT DE L'HÔPITAL PASTEUR

L'ÉQUILIBRE ACIDO-BASIQUE DANS L'ECZÉMA, L'URTICAIRE ET L'ŒDÈME DE QUINCKE

INTRODUCTION

Depuis de nombreuses années, on s'est intéressé en France comme à l'étranger, à l'étude de l'équilibre acido-basique soit dans certaines manifestations cutanées, telles que l'eczéma et l'urticaire, soit au cours d'affections respiratoires comme l'asthme.

En France, SPILLMANN et ses collaborateurs ont, à maintes reprises, insisté sur la place importante, mais non exclusive, qu'il fallait accorder à ce facteur humoral. Ils ont constaté un déséquilibre acido-basique dans de nombreux cas d'eczéma, de psoriasis et d'urticaire. L'existence d'une alcalose ou d'une acidose leur a permis, d'une part, d'émettre d'intéressantes hypothèses pathogéniques, d'autre part, d'enregistrer de nombreux cas de guérisons des dermatoses elles-mêmes, en traitant le déséquilibre humoral en cause.

Mais ce qui explique sans doute que cette méthode clinique et thérapeutique ne soit pas plus connue, c'est la difficulté qu'on a pour établir avec quelque précision, le diagnostic du déséquilibre acido-basique.

L'étude du pH sanguin est une recherche délicate que seul peut faire un spécialiste expérimenté. Ses variations ont, en outre, des limites assez étroites. Aussi de nombreux auteurs avaient-ils insisté sur la

valeur de la recherche du pH urinaire par les méthodes colorimétriques ou électrométriques.

CHERCHIAI et BERTACCINI ont essentiellement étudié les modifications de la réserve alcaline, plus facile à déterminer. En réalité, seule la recherche simultanée du pH et de la R. A. permet d'apprécier exactement le degré et le sens du déséquilibre acido-basique. Comme le dit si bien GOIFFON, le pH urinaire « peut donner une idée de l'alcalose, mais non la mesurer ». D'autre part, la réserve alcaline isolée ne permet pas de déceler tous les cas d'alcalose ou d'acidose.

Ayant eu l'occasion de constater à l'Hôpital Bichat, les heureux effets du traitement acidifiant sur un eczéma chronique, nous nous sommes, à notre tour, intéressé à l'étude de l'équilibre acido-basique dans les dermatoses.

Nous cantonnant, tout d'abord, strictement sur le terrain clinique, nous avons essayé un peu empiriquement, chez des eczémateux ou des urticariens, une thérapeutique dirigée contre un déséquilibre acido-basique probable chez de tels sujets.

Encouragés par nos premiers résultats, nous avons, par la suite, étudié nos malades du double point de vue : pH urinaire et réserve alcaline.

Nous avons poursuivi ces recherches non seulement dans l'eczéma et l'urticaire, mais aussi dans quelques cas d'œdème de Quincke et de dermographisme, que ces manifestations fussent isolées ou associées entre elles ou à des crises d'asthme.

Presque tous nos malades ont été suivis et traités à la consultation hospitalière de notre Maître, le Professeur Agrégé Pasteur VALLERY-RADOT.

Nous nous proposons ici d'exposer les résultats de nos observations, en essayant de faire un travail d'ensemble sur la question des conséquences thérapeuti-

ques d'un déséquilibre acido-basique constaté au cours de certaines dermatoses.

Nous séparerons nos observations en deux groupes :

- les malades suivis et traités empiriquement ;
- ceux, au contraire, chez lesquels la thérapeutique est venue sanctionner un déséquilibre humoral mis en évidence par la recherche du pH urinaire et de la R. A.

Dans ce dernier groupe, il y a lieu de noter, d'une part, le degré et le sens du déséquilibre acido-basique et, d'autre part, l'action du traitement soit acidifiant, soit alcalinisant ou de ces deux méthodes alternées, sur le déséquilibre lui-même et sur la dermatose.

Nous nous proposons ainsi d'analyser les résultats obtenus séparément dans chacun des deux groupes d'observations et de les comparer dans une étude d'ensemble. Mais, connaissant trop bien les résultats souvent contradictoires d'une thérapeutique, quelle qu'elle soit, dans ces manifestations cutanées, nous ne nous permettrons pas de tirer des conclusions définitives d'un travail bien modeste.

Avant de commencer cette étude, nous tenons à exprimer à M. le Professeur Pasteur VALLERY-RADOT toute notre respectueuse gratitude pour nous avoir fait profiter de son enseignement sur cette question, qu'il a spécialement étudiée, et nous avoir si généreusement prodigué ses conseils.

Nous associons dans ces remerciements M. le Docteur BLAMOUTIER, qui a bien voulu examiner lui-même la plupart de nos malades et nous a donné, à leur sujet, les avis les plus éclairés.

Que M. le Professeur GOUGEROT veuille bien trouver ici le témoignage de notre gratitude pour les malades qu'il nous a permis si aimablement de suivre dans son service.

Qu'il nous soit enfin permis d'exprimer notre reconnaissance à MM. les Docteurs LAUDAT et CLAUDE, qui nous ont si généreusement guidé dans la mesure des réserves alcalines.

HISTORIQUE

Les premières déterminations de l'équilibre acido-basique du sang destinées à l'étude du terrain humoral dans certaines dermatoses isolées ou liées à des crises d'asthme ne remontent qu'à quelques années.

En 1919, BARBER et SEMON avaient constaté que la séborrhée était réellement une manifestation de l'acidose et que, dans la plupart des cas, l'activité du processus inflammatoire cessait aussi vite qu'on rendait à l'urine une teneur alcaline. En outre, ils avaient signalé la difficulté chez ces malades de maintenir le *pH* dans des limites normales.

En 1925, F. CARMINOW DOBLE étudie l'acidité urinaire spécialement du point de vue dermatologique. Il est frappé de trouver de fortes modifications du *pH* urinaire, mais remarque que leur association n'est pas une condition absolue de la dermatose observée. Son étude porte sur 500 cas — au cours desquels il observe un *pH* qui oscille entre 4,8 et 5,8. Il rapporte, en particulier, trois observations d'eczéma avec acidose, rapidement guéris par le bicarbonate de soude et conclut que le temps qu'il faut pour guérir la dermatose est lié au temps nécessaire pour ramener le *pH* à une valeur normale.

Selon lui, l'abus des alcalins entraîne une élévation du *pH* qui s'élève à 7,2-7,8 et la réapparition des lésions qui ne disparaissent que si on diminue ou supprime les alcalins.

Les recherches de CARMINOW DOBLE sont suivies de nombreuses publications (1925). BARBER confirme les observations de DOBLE. Arthur WHITFIELD en critique les résultats. DOBLE répond aux arguments de WHITFIELD en attribuant ses échecs à des doses insuffisantes de bicarbonate de soude.

La même année DROUET et VERAÏN publient leurs premiers résultats et concluent à une tendance fréquente à l'acidose dans les dermatoses, bien que des cas d'alcalose soient notés.

WIECHMANN, PAAL, VIEL, KYLIN sont frappés des énormes oscillations de l'acidité urinaire pendant et après la crise d'asthme.

CAMPBELL, HUNT et POULTEN, SCHAEFER et TIEFENSEE étudient, entre les crises, la R. A. et trouvent des chiffres soit normaux, soit tendant à l'alcalose.

TIEFENSEE trouve, pour les asthmatiques en instance de crise ou en pleine crise, régulièrement une élévation de la R. A., allant de pair le plus souvent avec une élévation du pH.

En 1926, DROUET et VERAÏN rapportent un cas d'urticaire en acidose traité et guéri. Un cas analogue est publié par PARISOT, SIMONIN et VERAÏN. De leur côté, Pasteur VALLERY-RADOT, BLAMOUTIER et LAUDAT rapportaient 7 observations d'urticaire avec étude de la R. A. qui s'était montrée abaissée à 46 v. et 48 v. dans deux cas.

En 1927, CHERCHIAI en Italie, PREININGER en Allemagne publient de nouvelles observations :

CHERCHIAI, sur 66 cas de dermatose, trouve une

importante diminution de la R. A. (jusqu'à 30 vol. dans un cas), principalement dans des cas d'eczéma et de psoriasis. Il conclut à l'existence d'une acidose dans l'eczéma et le psoriasis, mais ne croit pas pouvoir tirer un argument sur le simple exposé des faits.

PREININGER, étudiant la concentration en ions H dans le sang de 100 eczémateux, conclut que l'acidose ou l'alcalose seraient un des facteurs favorisant de la dermatose.

En 1928, GOIFFON, dans un travail intitulé « Alcalose et diathèse alcaline », remarque « une plus grande sensibilité des alcalosiques aux chocs et aux phénomènes d'ordre anaphylactique. D'autre part, il semble que l'alcalinité trop grande du sang favorise certaines dermatoses ».

BERTACCINI estime plus pratique de mesurer la R. A. qu'il trouve toujours abaissée chez les 22 eczémateux observés. En faisant une moyenne des chiffres trouvés, il obtient une R. A. de 39 v. 3 dans l'eczéma aigu, 46 v. 2 dans l'eczéma subaigu, 48,7 dans l'eczéma chronique.

Il émet l'hypothèse que, dans certains cas d'eczéma, sinon dans tous, le déséquilibre, se traduisant par l'abaissement de la R. A., pourrait être primitif et causer ou du moins prédisposer à la dermatose.

L. DINKIN, dans deux cas d'urticaire chronique où tous les traitements avaient échoué, obtient un excellent résultat par l'administration énergique d'alcalins.

H. SCHREUS associe, le premier, à l'injection intraveineuse d'une solution de bicarbonate de soude, le régime alcalin et voit guérir une urticaire tenace datant de six semaines.

VONKENNEL insiste, lui aussi, sur la nécessité de faire suivre un régime alcalinisant aux urticariens.

Enfin DRUESNE et VERAÏN rapportent un cas d'urticaire, avec asthme des foin, en acidose, guéri par les alcalins, avec retour à la normale du pH.

En 1929, SPILLMANN, DROUET et VERAÏN, tablant sur de nouvelles observations, signalent qu'à côté des nombreux cas de dermatoses en acidose, il en existe un grand nombre en alcalose.

Comme facteurs de ce déséquilibre, ils incriminent l'abus de certains régimes et en particulier le régime végétarien, les troubles digestifs dont la constipation, les déséquilibres neuro-végétatifs et endocriniens, la sensibilisation.

Ils soulignent enfin les heureux effets d'une thérapeutique acidifiante et parmi les médicaments essayés le « phosoforme semble revendiquer les guérisons les plus rapides ».

Un mémoire de ces auteurs apporte une nouvelle preuve, étayée sur 57 observations. Le déséquilibre acido-basique se voit indifféremment dans le sens de l'acidose ou de l'alcalose. Il n'y a pas de « constante humorale » dans les dermatoses. La peau réagit de la même façon quel que soit le sens du trouble humoral. En outre, l'examen du taux du pH et de la R. A. montre, qu'il s'agisse d'acidose ou d'alcalose, l'absence de parallélisme entre les deux chiffres dans un nombre important de cas.

En Italie, BERTACCINI n'a pas obtenu, dans de nombreux cas, les résultats aussi heureux que lui laissaient espérer les travaux de DROUET et VERAÏN sur l'action de la thérapeutique alcalinisante dans les dermatoses avec légère acidose sanguine. Les cas

qu'il a observés n'étant pas assez nombreux, il ne peut en tirer une conclusion tant du point de vue étioologique que thérapeutique.

En Allemagne, OTTENSTEIN reprend la bibliographie de la question et la même année TIEFENSEE, étudiant les modifications de l'équilibre acide-base chez les asthmatiques, observe un équilibre normal entre les crises alors qu'il se trouve, pendant les crises, dévié dans le sens de l'alcalose.

Cherchant à corriger l'alcalémie des asthmatiques, il remarque l'inefficacité du jeûne, l'influence légère du régime, celle plus manifeste des sels acides qui, non seulement abaissent la R. A., mais font disparaître l'asthme.

En 1930, Carlo PISACANE, étudiant les variations de la R. A. du sang dans quelques maladies de la peau, sur 50 observations, note, tantôt une légère diminution, tantôt une acidose marquée, jamais une élévation de la R. A. Mais il n'a pas pu établir un rapport quelconque quant à la nature de l'eczéma et le degré de l'acidose, même dans le cas où la R. A. était à son taux minimum.

J. DARRIER, faisant le point, après le Congrès dermatologique de Copenhague (août 1930), considère l'eczéma « plutôt comme une réaction de l'organisme ou mieux des téguments contre les poisons, les auto-toxines eczématogènes ». Cette intolérance peut être fonction des troubles du métabolisme, que des recherches récentes, dans le sang en particulier, ont mis en évidence. Elles ont décelé des variations importantes de certaines substances telles que les hydro-carbures, l'acide urique et des *modifications du pH et de l'équilibre acide-base*.

Mais au Congrès de Copenhague, il semble que les

idées au sujet de l'eczéma aient été orientées vers une seule conception, celle de l'eczéma « maladie allergique ».

En 1931, SPILLMANN, VERAÏN et WEISS jugent qu'il fallait faire une place, tantôt très importante, tantôt secondaire à la notion de déséquilibre acido-basique. Ils rapportent 116 observations, dont 80 eczèmes et 3 urticaires. Sur l'ensemble, ils notent de l'acidose dans 22 % des cas, de l'alcalose dans 73 % et dans 5 % des cas le pH sanguin était normal. Ils tirent de ces 116 observations la conclusion que le déséquilibre acide-base, dans les réactions cutanées, existe dans 95 % des cas de leur statistique.

WEISS, dans sa thèse « Le pH en dermatologie », groupe toutes les recherches de son maître SPILLMANN et de ses collaborateurs et tire les conclusions suivantes :

— Il existe un déséquilibre acido-basique dans les réactions cutanées.

— Il se fait soit dans le sens acidose (20,6 %), soit dans le sens alcalose (71 %). L'équilibre est normal dans 6,7 % et instable dans 1,7 % des cas.

Le degré du déséquilibre est variable et sans comparaison possible d'un individu à l'autre quant au rapport avec l'intensité de la dermatose. Mais chez le même individu il y a une relation intime entre l'évolution de la dermatose et celle du déséquilibre.

Il tire de ses observations des conclusions :

— pronostiques : la guérison est liée au retour du pH à une limite normale, la persistance du déséquilibre, malgré la guérison clinique, devant faire craindre une récurrence.

— thérapeutiques : l'acidose est plus facile à réduire que l'alcalose. Il insiste également sur la

nécessité de contrôles successifs du *pH* qui seul peut permettre d'établir une ligne de conduite.

P. SPANYAR et L. FARKAS rapportent 28 cas d'eczéma dans lesquels le *pH* sanguin varie entre les chiffres minimum de 7,49 et maximum de 7,60 et la R. A. entre les chiffres de 45,1 et 60,9.

En 1932, SPILLMANN étudie de nouveau la question de l'équilibre acido-basique en dermatologie et insiste sur son importance. Il explique les contradictions apparentes avec les observations d'autres auteurs par le fait que le « régime alimentaire est loin d'être le même » dans les différentes contrées. Il insiste, du point de vue thérapeutique, pour donner des acides à doses élevées et longtemps, dans les dermatoses avec alcalose.

Le déséquilibre acido-basique est « une conséquence et non une cause », et de nombreux facteurs peuvent le produire. C'est sur les différents éléments de cette chaîne qu'il faudrait agir pour obtenir une guérison durable.

J. TETAU observe dans 30 % des cas un *pH* normal, dans 60 % l'alcalose, dans 10 % l'acidose. Dans la grande majorité des cas, c'est donc l'alcalose qui traduit ce déséquilibre humoral.

Au *Congrès du Mont-Dore* de 1932, certains auteurs rapportent les recherches faites sur le déséquilibre humoral des asthmatiques.

LESNÉ et DREYFUS SÉE ont réuni quelques observations sur l'équilibre acido-basique et l'équilibre calcique dans l'asthme.

Mac DOWALL établit le bilan des recherches faites en Angleterre à l'Hôpital d'Ormond Street. Si le traitement par l'administration d'HCl a été bienfaisant,

la diététique tendant à diminuer l'alcalose n'a pas eu le même succès.

Les recherches de THORNTON et GILLESPIE tendent à démontrer que l'asthme est couramment associé à une alcalose.

ORIEL et CANTAB trouvent de grandes modifications de l'état chimique du sang et des urines dans l'œdème de Quincke et dans le type d'asthme associée à l'eczéma.

WIECHMANN, PAAL, VIEL, KYLIN sont frappés des énormes oscillations de l'acidité urinaire pendant et après la crise d'asthme.

CAMPBELL, HUNT et POULTEN, SCHAEFER, TIEFENSEE étudient entre les crises, la R. A. et trouvent soit des chiffres normaux, soit tendant à l'alcalose.

EPSTEIN rapporte 12 observations d'asthmatiques et pour lui « l'asthmatique serait un alcalémique en puissance. Avant et pendant la crise l'alcalémie s'affirme ». Il signale, en outre, dans la « polypharmacie » à laquelle il a dû recourir, les heureux effets du phosoforme *per os*.

ROSSIER se rallie aux conclusions d'EPSTEIN et rapporte 3 observations d'asthmatiques.

Par contre, JACQUELIN conclut que ces recherches sont « plutôt décevantes et que, jusqu'à présent, elles semblent ne conduire à aucune déduction pratique de pronostic et de traitement ».

Enfin, en 1933, VALIN résume les recherches qui ont été faites sur l'état bio-chimique des humeurs de l'asthmatique. Il résulte de cette étude qu'une thérapeutique acidifiante doit avoir pour effet d'empêcher ou de suspendre la crise dyspnéique.

METHODES GENERALES DE DIAGNOSTIC ET DE TRAITEMENT

I. — DIAGNOSTIC

En présence d'un eczéma, d'une urticaire, ou d'un œdème de Quincke, peut-on déceler cliniquement un trouble de l'équilibre acido-basique ?

Sans doute, dans certains cas, on peut par l'anamnèse reconnaître une erreur alimentaire ou médicamenteuse. Certains malades ont suivi soit un régime fructo-végétarien strict, soit un régime hypercarné. D'autres ont abusé des alcalins, ou bien ont pris des médicaments acidifiants par leur composition.

Ces notions peuvent déjà, par elles-mêmes, orienter le diagnostic. Il y a lieu d'en tenir compte chaque fois qu'on essaie d'instituer un traitement alcalinisant ou acidifiant, sans avoir recours à la mesure du pH et de la réserve alcaline. C'est le cas de 9 de nos observations.

Mais pour apprécier plus exactement le déséquilibre humoral en cause, il nous a paru nécessaire de pratiquer chez la plupart de nos malades :

- la mesure du pH urinaire ou sanguin ;
- la détermination de leur réserve alcaline.

A. — Le pH URINAIRE

Nous ne reviendrons pas, dans cette étude, sur la définition du pH ni sur les procédés colorimétriques ou électrométriques utilisés pour le déterminer.

Nous voudrions seulement parler du procédé, particulièrement simple et à la portée de tous, qui nous a permis d'évaluer le *pH* urinaire de nos malades.

Nous nous sommes servi de papiers réactifs colorés par le rouge de méthyle et le bromo-thymol. La technique est très simple. On trempe un des papiers dans l'urine et on se reporte à une échelle colorée et graduée, à laquelle correspondent les différents chiffres du *pH* urinaire. Le tableau donne des taux allant de 4,6 (chiffre extrême d'acidose) à 7,4 (chiffre extrême d'alcalose).

D'après nos constatations, nous considérons comme *normal* un *pH* de : 5,8-6,2.

De 4,6 à 5,4, nous estimons qu'il s'agit d'une acidose. De 6,6 à 7,4 on est en présence d'une alcalose.

Nous avons demandé à tous nos malades d'effectuer ces mesures sur les urines du réveil, fraîchement émises, nous basant sur une double nécessité :

- pouvoir comparer, entre eux, les différents chiffres obtenus d'un jour à l'autre ;

- éviter une cause d'erreur due aux variations du *pH* urinaire aux différentes heures de la journée et surtout après les repas. Point très important sur lequel ont insisté DESGREZ et BIERRY, AMIOT, GOIFFON, VIOLLE et Carminow DOBLE.

Ce procédé fort simple nous a donné des indications qui se sont révélées suffisantes chez tous nos malades.

On pourrait nous objecter que de telles mesures ne peuvent être qu'approximatives. Nous n'en doutons pas. Mais, désirant nous placer sur le terrain pratique, nous nous sommes arrêté à un procédé qui a pour lui l'avantage de permettre la mesure journalière du *pH* et d'être à la portée de tous.

Nous avons donc, chaque fois que cela nous a été possible, demandé aux malades de noter :

— Le pH des urines au réveil, pendant 5 jours consécutifs, sans apporter aucun changement à leur alimentation habituelle ou au régime précédemment suivi. En établissant une moyenne des chiffres obtenus pour chacun d'eux, nous obtenons facilement leur pH urinaire avant tout traitement.

— D'autre part, cette mesure a été pratiquée chaque matin, pour certains d'entre eux, pendant des semaines et même des mois. Ce qui nous a permis de suivre les modifications de leur pH au cours de l'évolution de la maladie et de juger les effets du traitement.

B. — LE pH SANGUIN.

Les quelques mesures du pH dans le sang ont été pratiquées par M. le Docteur CLAUDE, qui a bien voulu nous communiquer ces résultats pour certains malades suivis depuis longtemps à la consultation de M. le Professeur Agrégé VALLÉRY-RADOT.

Pour ces malades, nous n'avons pu nous baser que sur un ou deux examens, la mesure du pH sanguin étant assez délicate et ne pouvant pas être pratiquée journellement.

Par ailleurs, les variations du pH sanguin sont généralement très faibles et nullement comparables à celles du pH urinaire.

C. — LA RESERVE ALCALINE DU SERUM

Le pH urinaire ne pouvant que donner une indication approximative et incomplète du déséquilibre acido-basique, nous avons eu recours, pour la plupart de nos malades, à la détermination de la réserve alcaline du sérum.

Celle-ci non plus, à elle seule, ne permet pas, comme l'ont montré SPILLMANN, DROUET et VERAÏN, de « reconnaître tous les malades en alcalose », car il existe des cas de R. A. normale, malgré l'élévation de l'alcalinité ionique.

Comme pour le *pH* urinaire, nous l'avons déterminée; chaque fois que cela nous a été possible, avant tout traitement, pendant la cure acidifiante ou alcalinisante et enfin en présence de la guérison ou de l'échec sur les manifestations cutanées.

Le sang a été prélevé sur les malades à jeun depuis la veille au soir et après un repos allongé d'au moins quinze minutes. Nous avons recueilli, pour chacun d'eux, 5 cc. de sang dans une seringue préalablement paraffinée, afin de nous mettre à l'abri de tout contact d'air. Quand nous n'avons pas pu faire autrement, en raison de veines petites ou imperceptibles au doigt, nous avons placé un garrot que nous retirions dès que le sang pénétrait dans la seringue. Le sang est alors introduit dans un tube à centrifuger contenant une pincée d'oxalate de potasse et une couche suffisante d'huile de vaseline neutre, afin que le sang ne soit à aucun moment au contact de l'air. Cette technique est très voisine de celle préconisée par LETULLE et DELAVILLE.

Après une centrifugation de quelques minutes, nous avons immédiatement déterminé la réserve alcaline selon la méthode de Van SLYKE.

Pour chaque chiffre obtenu, nous avons apporté les corrections nécessitées par les différences de température et de pression à l'aide de la table correctrice de Van SLYKE.

Presque toutes les mesures ont été effectuées par nous. Qu'il nous soit donc permis d'adresser tous nos remerciements au Docteur LAUDAT qui a bien voulu nous familiariser avec une technique fort simple en

elle-même, à la condition de prendre les précautions voulues.

Nous avons considéré comme *normale une réserve alcaline entre 55 et 65 volumes* de CO_2 à 0° et 760 mm. Ces chiffres concordent exactement avec ceux de LETULLE et DELAVILLE, et se rapprochent beaucoup de ceux de GUILLAUMIN (56-63). Par contre, ils diffèrent de ceux fournis par Van SLYKE et CULLEN (53-77), GELERA (65-90), LO-CASCIO (35,2-55,5), BERTACCINI (54,5-61,3), SPANYAR et FARKAS (45,1-60,9), TIEFENSEE (50-60).

II. — TRAITEMENT

Dans le traitement de nos malades, nous avons eu recours :

- au régime alimentaire,
- aux médicaments,

que nous avons employés isolément ou associés.

A. — REGIMES

L'action du régime alimentaire sur l'équilibre acido-basique a déjà été étudiée par quelques auteurs. Ils sont tous d'accord pour lui accorder un rôle adjuvant, mais non négligeable (SPILLMANN, VONKENNEL, SCHREUS, GOIFFON, MORHARDT, SANSUM, BLATHERWICK et SMITH, PERLMANN et VON SAÜER).

Nous nous sommes, pour notre part, reporté à la table de S. PERLMANN et H. VON SAÜER, qui distinguent :

— Parmi les *mets fortement alcalinisants* : le lait, sucre, thé, concombre, tomates, céleri, carottes, bette-

raves, épinards, oseille, salade, abricots, oranges, raisins secs.

— Parmi les *mets faiblement alcalinisants* : la pomme de terre, les radis, asperges, choux, haricots, pommes, poires, cerises, bananes.

— Les *mets fortement acidifiants* sont : la viande rouge, le porc, le foie, le poulet, les harengs, les poissons, le fromage, le riz, les céréales, les saucisses.

— *Faiblement acidifiants* sont : le jambon, les œufs, les pois, le beurre, le saindoux, le chocolat.

Il existe, certes, des divergences entre les différents auteurs, quant au pouvoir alcalinisant ou acidifiant des divers aliments (table de SANSUM, BLATHERWICK et SMITH).

Sans entrer dans le détail, nous avons considéré :

1° Comme alcalinisants : pâtes, lait, légumes verts, pommes de terre, fruits. Comme boisson, nous autorisons à nos malades la bière, mais de préférence, ils ne buvaient que de l'eau.

2° Comme acidifiants : un régime hypercarné (viande aux deux sinon aux trois repas) avec du beurre, des graisses, des céréales (riz), du fromage, des œufs. En outre, nous leur avons fait boire de un demi à un litre de vin *rouge* par jour.

B. — MEDICAMENTS

Comme *médication alcalinisante*, nous avons presque exclusivement utilisé le *bicarbonate de soude*, par paquets de 15 grammes, que le malade fait dissoudre chaque jour dans un litre d'eau. Le contenu de la bouteille est absorbé dans les 24 heures par doses fractionnées, toutes les deux heures environ.

Plus rarement, nous avons prescrit le bicarbonate à raison d'une cuillerée à café à chacun des trois

principaux repas, ce qui équivaut sensiblement à la dose précédente.

Enfin, pour quelques malades, nous avons associé le citrate de soude au bicarbonate en quantités égales.

Par contre, *pour acidifier nos malades*, nous avons eu recours à différents médicaments :

Le plus simple et le moins coûteux, d'ailleurs aussi bien toléré que les autres, est *l'acide phosphorique officinal*. Nous donnons à nos malades un total de 50 à 80 gouttes par jour, réparties au cours des trois repas et prises chaque fois dans un verre d'eau. Il est nécessaire que la dilution soit suffisante pour ne pas provoquer une sensation de brûlures ou entraîner des troubles gastriques.

Les autres médicaments acidifiants ont été donnés sous forme de spécialités, agissant par l'acide phosphorique minéral ou organique qu'elles renferment.

Ce qu'il importe, avant tout, c'est de donner des *doses élevées et prolongées*, d'ailleurs faciles à déterminer par le contrôle des variations quotidiennes du pH urinaire pendant le traitement.

Ces divers médicaments ont tous été très bien tolérés par nos malades. Les seuls signes d'intolérance notés dans un cas (observation n° 25) ont été observés pendant la cure bicarbonatée. Il s'est agi à deux reprises de céphalée et d'œdèmes discrets qui ont rapidement guéri par la suppression provisoire de la médication alcaline. En aucun cas, ils ne nous ont empêché de poursuivre le traitement.

Il s'agit donc d'une méthode thérapeutique fort simple qui ne présente, semble-t-il, aucune contre-indication.

C. --- CONDUITE GENERALE DU TRAITEMENT

Il nous paraît possible d'appliquer la thérapeutique alcalinisante ou acidifiante selon deux méthodes différentes :

L'une, très empirique, consiste à prescrire alternativement pendant 5 jours consécutifs, le régime acidifiant et la médication acide, puis le régime alcalinisant et bicarbonate de soude.

MORHARDT insiste sur la nécessité de ce double traitement. « Ce n'est pas seulement d'acidifier l'urine qui se montre efficace, mais plutôt d'alterner l'acidification et l'alcalinisation ». De nombreux auteurs comme LANGER, MORAWITZ, BOGENDÖRFER, REHN, VON PAUNWITZ ont trouvé cette méthode d'alternance particulièrement efficace. VONKENNEL à propos de l'urticaire, recommande de commencer par donner les substances alcalines. Il est en accord avec MORHARDT qui conseille de recourir d'abord à l'alcalinisation qui est mieux supportée par le malade. En réalité, il nous semble nécessaire de tenir compte des régimes antérieurement suivis. Si le régime végétarien auquel certains malades se soumettent souvent spontanément n'a donné aucun résultat, à défaut de la mesure du *pH* et de la R. A., on commencera par le régime carné et la médication acide. C'est, en quelques sorte, par tâtonnement, qu'on sera arrivé au bout de quelques jours, à reconnaître lequel des deux procédés semble donner les meilleurs résultats. On devra recourir dès lors à celle des deux thérapeutiques qui se sera révélée la plus efficace.

Pour d'autres malades, au contraire, les deux médicaments antagonistes continueront à être prescrits alternativement.

C'est d'ailleurs, pour éviter la perte de temps

qu'entraîne l'essai des médications alcalines ou acides, qu'il est très utile de déterminer, pour chaque malade, le sens et le degré de son déséquilibre acido-basique.

D'autre part, ce traitement empirique n'est pas sans présenter un grave inconvénient : donner du bicarbonate à un alcalosique, c'est augmenter son alcalose et risquer d'exagérer sa dermatose.

Aussi, pour la plupart de nos malades nous sommes-nous basé sur les résultats de la mesure du *pH* urinaire et de la réserve alcaline. Nous pouvons ainsi diviser les différentes observations en deux catégories :

- les acidosiques.
- les alcalosiques.

1° En présence d'une R. A. abaissée, d'un *pH* urinaire de 4,6 à 5,4, nous prescrivons le régime alcalinisant et le bicarbonate de soude. Selon les résultats obtenus au bout de 5 jours, en présence des modifications du *pH* urinaire ou de la R. A., nous avons poursuivi la médication alcaline ou au contraire, nous l'avons fait alterner avec la médication acide.

Il nous paraît impossible d'établir une règle absolue. C'est une question d'espèces, de taux du *pH* et de la R. A., et surtout de l'état des lésions.

2° La même méthode a été appliquée pour les alcalosiques. Nous avons commencé par les acidifier (régime et médication acidifiants), quitte au cours de l'évolution à faire alterner les deux thérapeutiques antagonistes.

Toutefois, il nous a semblé très utile, pour la plupart de nos malades, d'essayer au cours de l'évolution de faire varier, au moins une fois, le sens de leur déséquilibre. Nous avons pu ainsi réaliser, dans quelques cas, une véritable expérimentation.

La dermatose, en voie de guérison, récidivait ou s'aggravait dès que, sous l'influence de la médication opposée, on tendait à ramener le pH urinaire et la R. A. à leur taux du début. En d'autres termes, un acidosique, guéri par le bicarbonate, présentait une récurrence après quelques jours de régime carné et de médication acidifiante.

Avant d'exposer les particularités de nos observations, il nous semble préférable de les présenter. Nous les avons groupées en deux catégories différentes :

- *les malades suivis et traités empiriquement ;*
- *les malades dont le déséquilibre humoral est diagnostiqué par la mesure du pH et de la réserve alcaline.*

Dans chacun des deux chapitres, nous avons groupé les observations par affections : eczéma, urticaire, œdème de Quincke, dermographisme, en séparant pour chaque affection les acidosiques des alcalosiques.

OBSERVATIONS

I. — MALADES TRAITES EMPIRIQUEMENT

A. — ECZEMA (5 cas)

OBSERVATION N° 1.

M..., 32 ans, est examiné à la consultation de Bichat le 15 mars 1935, à l'occasion d'une poussée d'eczéma, sec, prurigineux, qui existe depuis 3 ans, été comme hiver. Cependant le froid a une action déclenchante manifeste.

L'eczéma est localisé aux bras, au cou et à la face.

Le malade suivait depuis quelques mois un *régime presque exclusivement végétarien*.

Antécédents : Père asthmatique.

TRAITEMENT : Régime et médication acidifiante (22 mars).

Les 3 premiers jours, disparition totale de l'eczéma, puis reprise légère (26 mars).

Traitement : 4 jours de régime et médicaments acides ; 4 jours de régime mixte.

En quelques jours, l'eczéma disparaît.

Un mois après (avril 1935), l'eczéma a totalement disparu.

Le malade continuera le même régime.

D'avril à novembre, donc pendant 8 mois, il n'a pas eu d'eczéma.

Mais en décembre, ayant suspendu son régime, il présente une petite plaque d'eczéma sur la joue droite.

qui disparaît en quelques jours par la reprise du traitement.

Le 5 juillet 1936, nous pouvons constater la *guérison totale*.

Depuis la petite récurrence de décembre 1935, le malade n'a plus eu d'eczéma, malgré la suppression du régime.

En résumé, eczéma chronique datant de 3 ans. Abus du régime végétarien. Guérison en un mois par le régime et la médication acides. Petite récurrence au bout de 8 mois. Guérison rapide et durable qui a permis depuis 6 mois la suppression du régime et de la médication acidifiante.

OBSERVATION N° 2.

Mlle Boy..., 12 ans 1/2, est examinée, à la consultation, le 11 mars 1936, à l'occasion d'un *eczéma* très marqué de la face, des plis des coudes, des poignets, et de la face interne des cuisses.

Il évolue par poussées depuis 1933 et s'exagère dans les quelques jours qui précèdent les règles (l'enfant est réglée depuis 6 mois).

Cet eczéma existe surtout en hiver, mais ne disparaît jamais totalement en été.

Le *régime végétarien*, l'auto-hémothérapie, le Sédotiol, n'ont donné aucun résultat.

Antécédents : Un peu d'eczéma à 8 mois.

A la suite d'une coqueluche à 2 ans, une première crise d'asthme.

Ces deux manifestations, cutanée et bronchique, alternent jusqu'en 1933.

Tous les traitements essayés, deux cures à La Bourboule, ne sont suivis d'aucune amélioration.

En juin 1933, le Professeur agrégé VALLERY-RADOT porte le diagnostic d'asthme anaphylactique (cuti-réaction positive aux plumes). La suppression de l'antigène entraîne la disparition de l'asthme du jour au lendemain.

Depuis lors, l'eczéma est réapparu.

En présence de cet eczéma très étendu et suintant, on

essaie les injections d'extrait de rate. Elles ne donnent aucun résultat.

Le 27 mars, nous lui conseillons :

— pendant 8 jours, un régime et une médication acidifiants ;

— pendant 4 jours, un régime alcalin ;

— localement : pâte à l'eau.

En quelques jours, on note la *disparition totale de l'eczéma*, successivement à la face, aux coudes, aux poignets et aux cuisses.

L'enfant a suivi le traitement prescrit et recommencé le cycle 5 fois.

Toutefois la médication et le régime acides paraissent produire le meilleur effet.

En juin 1936, l'eczéma est guéri et l'enfant cesse tout régime.

Cette guérison persiste jusqu'en décembre 1936. Elle a donc duré 6 mois.

Depuis le début de décembre, une nouvelle poussée d'eczéma est très rapidement améliorée par la reprise du traitement. On y associe l'opothérapie ovarienne, l'enfant n'ayant pas eu ses règles depuis 2 mois (7 janvier 1937).

OBSERVATION N° 3.

Mme Her..., 36 ans, vient consulter le 18 mars 1936 pour un *eczéma des mains et des avant-bras*, ayant débuté il y a 10 ans, un peu suintant de temps à autre, très prurigineux.

Légère amélioration obtenue par l'auto-hémothérapie.

Nous lui conseillons une médication et un régime acidifiants.

Cinq jours après (23 mars 1936) le suintement et le prurit ont disparu.

Elle est mise pendant 3 jours au traitement acide, puis pendant 3 jours au régime alcalin et au bicarbonate de soude (15 gr. *pro die*).

Le 30 mars, la malade est guérie.

L'apparition de céphalée au cours du régime alcalin nous fait modifier légèrement le traitement :

— 8 jours de régime acide, suivi de 4 jours d'alcalinisation.

Le 27 juillet 1936 nous pouvons vérifier la guérison clinique. Celle-ci, obtenue en 12 jours, se maintient depuis près de 4 mois.

OBSERVATION N° 4.

M. Der..., 48 ans, vient à la consultation de Bichat le 26 juin 1934 pour un *eczéma généralisé* suintant avec prurit ayant débuté *il y a 13 ans*.

Antécédents : Père et mère asthmatiques.

Très bons résultats obtenus par l'extrait de rate et l'auto-sang (25 piqûres en tout) jusqu'au 26 novembre 1934.

A cette date, nouvelle poussée d'eczéma, qui augmente malgré la reprise du traitement.

Le 1^{er} mars 1935, à l'occasion d'une poussée particulièrement forte, on essaie un traitement acide.

On obtient un résultat merveilleux.

En quelques jours, l'eczéma a totalement disparu.

Ayant supprimé le traitement pendant 3 semaines, le malade fait une rechute le 19 avril 1935, guérie rapidement par la reprise de la thérapeutique acidifiante.

En juillet, une légère reprise des accidents cutanés nous décide à faire faire au malade des petites cures acidifiantes tous les mois.

Nous le revoyons le 7 octobre 1935. L'amélioration persiste.

Examiné à deux reprises, en novembre 1935 et en mars 1936, nous considérons le malade comme *guéri cliniquement* : depuis 9 mois il n'a plus du tout d'eczéma, alors que celui-ci existait depuis 13 ans.

OBSERVATION N° 5.

Mme Pat..., 41 ans, entre à Bichat le 19 septembre 1935 pour un *eczéma* apparu brusquement à la face, au

cou et à la face antérieure de la jambe gauche. Eczéma qui s'accompagne de prurit intense.

On lui fait 12 injections d'hyposulfite de soude intraveineuses : l'éruption semble pâlir à la face, mais s'étend aux épaules et à la partie supérieure du thorax.

Le 8 octobre, on institue le traitement : régime alcalin et 15 gr. de *bicarbonate de soude* par jour.

En quelques jours, l'eczéma disparaît en même temps que le prurit, resté intense jusque-là.

La malade sort guérie le 26 octobre.

Nous la revoyons le 22 novembre 1935. Elle est restée depuis un mois au régime alcalin. Elle va très bien et n'a plus du tout d'eczéma.

Elle reprendra du bicarbonate de soude, 10 jours par mois.

Un an après, 24 novembre 1936, la guérison est confirmée.

Depuis octobre 1935, la malade n'a plus eu d'eczéma et a pu suspendre son traitement au début de 1936.

B. — URTICAIRE (4 cas)

OBSERVATION N° 6.

Mlle Guil..., 24 ans, se présente à la consultation le 29 octobre 1930 pour une urticaire généralisée, apparaissant tous les soirs depuis 6 ans, favorisée par la fatigue, l'effort, la marche, le froid.

Sa mère et ses 4 frères sont asthmatiques.

Les traitements essayés jusqu'ici : auto-hémothérapie, peptone, hyposulfite de soude, chlorure de calcium, n'ont donné aucun résultat.

L'échec de l'extrait splénique (21 injections en 2 mois) nous décide à essayer, en février 1931, d'acidifier la malade (médicament associé au régime).

Au bout de 8 jours de ce traitement, l'urticaire diminue progressivement et quand nous la voyons, le 9 mars 1931, elle n'a plus qu'une urticaire très discrète, presque insignifiante. Pour la première fois pendant

ses règles, elle n'a pas eu d'urticaire, alors que celle-ci était particulièrement vive lors des menstrues précédentes.

Deux mois après, le 13 mai, nous pouvons vérifier que l'amélioration persiste. Elle a pris sans arrêt 300 gouttes d'une préparation acide depuis 3 mois. Chaque fois qu'elle a essayé d'abandonner le traitement, il y a eu un réveil de l'urticaire.

Le 27 mai, l'absorption d'ananas déclenche une petite poussée d'œdème de Quincke, mais depuis le 13 elle n'a plus eu d'urticaire.

Nous revoyons la malade 5 ans après, en juin 1936. *Elle n'a plus du tout d'urticaire, ni d'œdème de Quincke*, bien qu'elle ait abandonné tout traitement depuis 4 ans.

OBSERVATION N° 7.

M. Michel L..., 6 ans 1/2, présente depuis 18 mois de l'urticaire quotidienne sur les lèvres, les yeux, la verge, avec parfois un peu d'œdème de Quincke et de fortes céphalées.

Toutes les thérapeutiques essayées jusqu'ici (octobre 1935) ont échoué : sang maternel, lysochoc, arséniodé, peptamine, peptone, régime végétarien.

Nous conseillons de lui donner de la viande et une médication acidifiante.

Dix jours après (25 octobre) on note une amélioration très sensible de l'urticaire, la disparition des céphalées, une reprise très nette de l'appétit contrastant avec l'anorexie antérieure.

Une tentative d'alcalinisation par le bicarbonate de soude est suivie, en novembre, d'une aggravation de l'urticaire avec prurit et de l'apparition d'incontinence nocturne des urines.

Nous le remettons aussitôt au régime carné et à la médication acide, et nous constatons en quelques jours la disparition de l'énurésis.

Mais l'urticaire se reproduit régulièrement tous les jours.

En juin 1936, malgré le régime qu'il suit depuis plus

de 6 mois, *l'urticaire n'est pas modifiée*. Il n'a plus eu d'incontinence d'urines.

OBSERVATION N° 8.

Mme Dor..., 36 ans, se présente à la consultation le 6 mai 1935 pour de *l'urticaire et de l'œdème de Quincke* dont elle souffre depuis 18 mois.

L'urticaire est quotidienne, très prurigineuse, sans cause apparente et s'accompagne de temps à autre de poussées d'œdème de la face.

Antécédents : A la suite d'une fausse couche à 28 ans, ses règles sont, depuis 8 ans, très irrégulières et insuffisantes.

Tous les traitements essayés jusqu'ici sont inopérants.

Dix injections d'extrait splénique faites en juin 1935 n'ont pas modifié l'urticaire qui se reproduit journellement.

Le 21 juin 1935 on décide de lui faire suivre alternativement, pendant une semaine, un régime alcalinisant avec 15 gr. de bicarbonate de soude *pro die*, puis un régime acidifiant avec 50 gouttes d'acide phosphorique.

Mais au bout d'un mois, ni l'un ni l'autre des deux régimes n'ont eu le moindre effet sur son urticaire. Par contre elle n'a plus d'œdème de Quincke.

Une série de 10 injections d'auto-sang associées à 2 cc. de corps jaune provoque en juillet 1935 des règles plus abondantes. Mais la malade a toujours autant d'urticaire.

En résumé : *persistance de l'urticaire malgré le traitement* alternativement alcalin et acide.

OBSERVATION N° 9.

Mme Bou..., 38 ans, est examinée le 18 février 1935 à l'occasion d'une forte poussée d'urticaire très prurigineuse, siégeant sur tout le corps.

L'urticaire est quotidienne depuis 1933, malgré les régimes alimentaires prescrits jusqu'alors.

Dix injections d'holosplénine n'ont été suivies que d'une atténuation passagère de l'urticaire qui est actuellement particulièrement intense à l'effort (8 avril 1935).

On conseille à la malade de prendre pendant 15 jours, 15 grammes de bicarbonate de soude par jour.

Après 4 jours (12 avril) on note :

— une diminution nette de l'urticaire, même après l'effort ;

— sa disparition complète au repos.

La malade, sur nos conseils, essaie de prendre de l'acide phosphorique : 50 gouttes par jour. Le quatrième jour, l'urticaire reparait particulièrement violent dès qu'elle se fatigue (3 mai).

Nous lui ordonnons de reprendre aussitôt du bicarbonate de soude et nous la revoyons *un mois* après (le 7 juin 1935) : *disparition totale de l'urticaire au repos et à l'effort*.

La malade, revue en décembre 1935 et en juin 1936, n'a plus eu de nouvelle poussée d'urticaire.

En résumé : la disparition de l'urticaire, obtenue par le bicarbonate de soude, persiste depuis plus d'un an.

II. — MALADES EXAMINES ET SUIVIS DU POINT DE VUE DE LEUR pH OU DE LEUR RESERVE ALCALINE

A. — ECZEMA (13 cas)

1° Alcalose

OBSERVATION N° 10 (Docteur BLAMOUTIER).

Mlle Y. L..., 37 ans, est examinée en avril 1936 pour un *eczéma du visage*, surtout palpébral, avec suintement assez important et prurit intense, probablement consécutif à l'application de fards à l'origine.

Mais la suppression de ceux-ci, l'institution d'un traitement par pulvérisations locales et applications de

pommades douces, injections d'hyposulfite de soude, auto-sang et même extrait de rate, n'ont donné que peu d'amélioration.

Habituellement *végétarienne*, elle s'est mise spontanément, dès le début des troubles présentés, à un régime encore plus végétarien.

pH urinaire=7,5.

Mise à un régime acidifiant et à une médication acide.

Une amélioration très nette est constatée dès le deuxième jour du traitement. Mais, vers le dixième jour, malgré la continuation de celui-ci, il se produit une rechute spontanée (sans reprise du maquillage).

On remet la malade à un régime végétarien et au *bicarbonate de soude* (15 gr. par jour).

Dès le premier soir, nouvelle amélioration.

Revue en mai 1936, on lui conseille: 5 jours de régime et de médication acides, 5 jours de régime alcalin et de bicarbonate de soude.

En moins de 15 jours, *l'eczéma est totalement guéri*.

pH urinaire=6. (juin 1936).

L'emploi des fards, si nuisibles au début, ne déclenche plus aucun trouble.

OBSERVATION N° 11.

M. René R..., 29 ans, est suivi depuis octobre 1932 pour de *l'asthme* qu'il présente depuis 14 ans. Au début, crises tous les 3 à 4 mois ; actuellement crises à peu près quotidiennes (persistance de toux et de *coryza* spasmodique entre les crises).

Brusquement, au début d'octobre 1932, le malade présente un *eczéma* suintant des mains, localisé principalement aux espaces interdigitaux.

Cinq injections d'extrait de rate entraînent une amélioration considérable de son *eczéma*. L'asthme a disparu (11 octobre 1932).

Mais, faute de produit, on ne peut lui faire de traitement pendant 5 jours : reprise de l'asthme et de l'eczéma (16 octobre) qui disparaissent dès la reprise du traitement.

Le 3 mars 1933, le malade n'a plus ni asthme ni

eczéma depuis 4 mois : il a reçu en tout 24 injections d'extrait de rate.

Une récursive simultanée de l'asthme et de l'eczéma qui suinte, nous fait reprendre la dermosplénine en août 1933. Mais cette fois, si on obtient une action nette et rapide (15 jours de traitement) sur l'eczéma, on ne peut influencer l'asthme : dyspnée permanente jour et nuit.

Le 27 octobre, les crises continuent à se reproduire tous les jours. En outre, l'eczéma est réapparu à son siège initial.

Traitement : aloplastine, éphédrine, adrénaline, auto-hémothérapie.

Les mois qui suivent (novembre 1933-mars 1934) sont marqués par une alternance de l'asthme et de l'eczéma qui s'est étendu au front, au cuir chevelu (21 mars 1934).

Le 22 mars, pH sanguin=7,45 ;

R. A. : 59,5 volumes (Docteur CLAUDE).

On lui conseille pendant 10 jours un traitement acidifiant :

Quatre jours après (26 mars) on constate une diminution progressive de l'eczéma. Le malade n'a pas eu d'asthme depuis 3 jours.

Nous revoyons le malade un mois après (23 avril), il n'y a plus d'eczéma ; depuis 15 jours il a suspendu le traitement.

pH sanguin=7,32 ;

R. A. : 52 volumes (Docteur CLAUDE).

On lui conseille de prendre :

Pendant 5 jours du bicarbonate de soude (15 gr.).

Et les 10 jours suivants, la médication acidifiante.

Il a fini son traitement le 30 mai.

Depuis un mois, il n'a plus ni asthme, ni eczéma.

La guérison est constatée à deux reprises : en juin 1934 et en janvier 1935 (où nous le revoyons à l'occasion d'un zona intercostal).

Au total, l'atténuation rapide de l'asthme et de l'eczéma par la médication acide aboutit à la *guérison totale* que nous avons pu suivre et confirmer pendant 9 mois...

OBSERVATION N° 12.

Mlle Lem..., 63 ans, présente depuis janvier 1936 de l'*eczéma* suintant de la nuque et du pavillon des oreilles avec quelques éléments vésiculeux au niveau de la face dorsale du cou.

Elle a eu de l'urticaire dans l'enfance, qui a disparu à l'âge de 18 ans, et qui reparait de temps à autre sous forme de légères poussées, localisées à la région cervicale. En décembre 1935, elle a présenté un impétigo du cou et de la nuque guéri en quelques jours par l'eau d'Alibour.

L'extrait de rate (12 injections) n'a pas amélioré son *eczéma*.

pH urinaire=7 ; R. A. : 70 volumes.

Elle vient de suivre un traitement acidifiant pendant 15 jours.

Une légère amélioration s'est produite pendant les huit premiers jours, suivie d'une récurrence actuellement très prurigineuse.

pH urinaire=5,8 (le 6 juillet 1936).

Une tentative d'alcalinisation (15 gr. de bicarbonate de soude *pro die*) est suivie, au bout de 5 jours, d'une élévation du *pH* à 7-7,4, en même temps que d'une reprise de l'*eczéma* avec violentes démangeaisons et suintement du cou, des oreilles et de la nuque.

La suppression du régime du 12 au 18 juillet entraîne la chute du *pH* à 5,8 et, pendant 2 jours, la disparition du prurit et du suintement.

R. A.=55,4 volumes (20 juillet).

La malade devant partir en vacances, nous lui conseillons :

Pendant 5 jours, un régime acidifiant et 50 gouttes d'acide phosphorique ;

1 jour, régime normal ;

1 jour, régime alcalin et 15 gr. de bicarbonate de soude ;

1 jour, régime normal.

Et ainsi de suite pendant 1 mois.

Le 7 septembre, d'après les renseignements fournis

par la malade, il semble que dans l'ensemble le régime alcalin exagère l'eczéma qui devient prurigineux et suinte, alors que le régime acidifiant a une action sédative nette. Les accalmies les plus complètes ont coïncidé chaque fois avec un pH de 5, alors que les poussées se produisent les jours où le pH est de 7-7,4.

Après 8 jours d'un régime acide avec 50 gouttes d'acide phosphorique nous constatons que la R. A. n'a sensiblement pas varié : 54,4 volumes le 14 septembre.

Ce qui nous décide à augmenter les doses d'acide phosphorique.

Les jours suivants, la malade prend 80 puis 100 gouttes et en 5 jours (19 septembre) l'eczéma de la nuque et du cou a totalement disparu. Le pH urinaire est tombé à 5-4,6.

Au début d'octobre, l'état est le même, l'eczéma restant localisé aux pavillons des oreilles.

Nous conseillons d'associer aux 100 gouttes d'acide phosphorique un traitement local à base de pommade et de lotion à l'eau d'Alibour.

15 jours après (21 octobre) l'oreille droite est totalement guérie. La gauche est en voie de guérison. L'état général est bien meilleur.

Le pH urinaire se maintient à 5,4.

La R. A. est de 50,1 volumes (21 octobre).

Pendant le mois de novembre, la malade a suivi pendant 5 jours un régime acidifiant, puis pendant 2 jours un régime normal, et ainsi de suite.

L'eczéma a totalement disparu, mais le 11 novembre ayant supprimé l'acide phosphorique, le 12, le pH est remonté à 6,6 et un peu d'eczéma est apparu à l'oreille droite.

Elle s'est remise aussitôt à la médication acidifiante et depuis lors il n'y a plus trace d'eczéma : $pH=5,4$.

Nous vérifions ce résultat au début de janvier 1937 : l'eczéma a disparu depuis 2 mois et le pH se maintient à 5,4-5,8.

OBSERVATION N° 13.

Mlle Bau..., 15 ans. Asthme depuis mars 1928, guéri après 15 séances de rayons ultra-violets.

Mais apparition d'un *eczéma suintant de la face* depuis un mois (janvier 1931).

Aucune amélioration par l'auto-sang et la dermo-splénine.

Le 7 octobre 1932, alors que l'eczéma avait disparu depuis 10 jours, elle présente une poussée d'urticaire et se plaint, depuis la guérison de l'eczéma, de dyspnée asthmatiforme.

pH=7,4 ; R. A.=67 *volumes* (7 octobre 1932).

Elle est traitée par une médication acide, sans amélioration notable.

Le 18 novembre, elle présente de l'eczéma des oreilles, des sourcils et de la région buccale.

Mise au bicarbonate et au citrate de soude, l'eczéma se localise au conduit auditif externe.

Mais une nouvelle poussée a lieu au début de 1933.

Remise au bicarbonate et au citrate de soude (aa 15 grammes), pendant 1 mois, on observe immédiatement un changement complet de son état : disparition de tous les troubles cutanés (juin 1933).

La guérison est totale tant du point asthme qu'eczéma jusqu'en décembre 1934.

Après un rhume banal, elle présente à nouveau, pendant 3 semaines, des crises d'asthme toutes les nuits.

On reprend aussitôt la médication alcalinisante.

La malade est suivie jusqu'en mai 1936. *Depuis un an et demi elle n'a plus ni asthme ni eczéma.*

Il s'agissait donc d'une alternance d'asthme et d'eczéma chez une alcalosique.

Guérison clinique par le bicarbonate et le citrate de soude depuis 18 mois.

OBSERVATION N° 14.

Mme Rig..., 39 ans, est suivie dans le service du Professeur GOUGEROT depuis novembre 1935 pour un *eczéma généralisé* et du *prurigo*.

Antécédents : Le père a eu de l'eczéma à 50 ans.

Elle-même a déjà eu de l'eczéma de 9 à 18 ans, puis un rhume des foins avec hydrorrhée nasale abondante qui a duré jusqu'en 1930.

Son départ au Gabon en 1930 met fin au rhume des foins.

Mais pendant toute l'année 1931, elle présente des crises nocturnes et quotidiennes d'asthme. Celui-ci disparaît dès le retour en France en 1932.

En février 1934, une forte émotion semble être le point de départ d'une poussée d'eczéma généralisé avec prurit intense.

Le 3 novembre 1935, on constate, dans le service du Professeur GUGEROT, des lésions de prurigo eczématisé, lichenifié, atteignant la face, le cou, les plis de flexion, les régions inguino-crurales.

De novembre 1935 à décembre 1936, diverses thérapeutiques sont essayées : auto-hémothérapie, extrait de rate, extrait thyroïdien que justifie un métabolisme de base abaissé, histamine intradermique, 12 séances de Radon.

Chacune d'elles amène une amélioration qui permet à la malade de quitter l'hôpital, mais elles ne sont que passagères, durant de 2 à 15 jours, avec, au cours d'une récurrence en septembre 1936, une crise d'asthme qui dure 8 jours.

Une numération globulaire, faite le 16 septembre, révèle une leucocytose légère (10.900 G. B.).

Entrée à nouveau le 9 septembre, nous examinons la malade pour la première fois le 2 décembre.

Elle présente de l'eczéma et du prurigo généralisés avec lésions de grattage, principalement à la face, au cou et aux membres supérieurs.

Pendant 5 jours, du 3 au 8 décembre, on note le pH urinaire sans faire suivre aucun régime : il est chaque matin de 6,2.

Ce résultat et celui déjà obtenu en octobre 1935 (R. A.=70,3) mais qui n'avait pas été sanctionné du

point de vue thérapeutique, nous incitent à essayer la *médication acidifiante*.

Les 8 et 9 décembre, la malade prend 50 gouttes d'acide phosphorique, puis 70 gouttes les 10, 11, 12, 13 et 14 décembre. En même temps, elle suit un régime acidifiant.

Du 9 au 14, le *pH* se maintient à 5,4.

Quand nous la voyons le 11, une grande amélioration s'est produite. Depuis deux jours, elle n'a pas eu la moindre démangeaison. La figure est totalement blanchie. Il reste encore quelques éléments sur les pavillons des oreilles et sur les bras.

Le 16 décembre, *l'eczéma a totalement disparu sur la face et le cou*.

Après avoir supprimé l'acide phosphorique pendant deux jours, nous faisons suivre à la malade, du 17 au 21 décembre, un régime fructo-végétarien et lui faisons prendre 10 gr. de bicarbonate de soude par jour.

Le 21 décembre, l'amélioration persiste, mais un peu de prurit apparu le 20 nous fait abandonner le bicarbonate et reprendre l'acide phosphorique.

Le *pH* urinaire était monté à 5,8 et 6,2 depuis trois jours.

Le 23 décembre, la face est complètement blanchie. Il persiste encore quelques éléments sur les avant-bras.

La malade a continué le régime acide et l'acide phosphorique.

Le 4 janvier 1937, la malade n'a plus du tout d'eczéma et se sent beaucoup mieux.

pH=5,8; *R. A.*= 63 volumes.

Le 12 janvier 1937, elle n'a toujours pas eu d'eczéma. Le *pH* se maintient à 5,8.

OBSERVATION N° 15.

M. Mar..., 35 ans, est examiné pour la première fois à la consultation du Professeur VALLERY-RADOT le 5 juillet 1935.

Depuis novembre 1934 il présente un eczéma généra-

lisé, suintant et très prurigineux pour lequel diverses thérapeutiques ont été essayées : calomel, hyposulfite de soude, dermoplastol, adrénaline, auto-hémothérapie (12 séances), radiothérapie et surtout un *régime végétarien strict* que le malade suit très consciencieusement depuis près de huit mois. Médicaments et régime n'ont entraîné aucune amélioration.

Sur les conseils du Docteur BLAMOUTIER, le malade suit pendant 15 jours un *régime carné* et boit un litre de vin rouge par jour dans lequel il dilue un *médicament acide* ; puis 5 jours de régime fructo-végétarien, et de nouveau 15 jours de régime carné.

Dès la première série, et au bout de quelques jours le prurit disparaît et les lésions s'atténuent progressivement. Le suintement a cessé.

Dès le 29 juillet, *l'eczéma a totalement disparu.*

L'accalmie est complète pendant 2 mois.

Mais le 4 novembre, l'apparition de crises d'asthme nocturnes est suivie d'une série de 12 séances de radiothérapie sur les champs pulmonaires. Progressivement les crises diminuent, puis disparaissent, lorsque, le 28 novembre, le malade est à nouveau *en pleine poussée d'eczéma.*

Ni le régime acide, ni le régime alcalin, successivement essayés, n'ont une action sur la poussée d'eczéma qui se met à suinter. Les autres thérapeutiques sont suivies d'un semblable échec : extrait de rate, auto-hémothérapie, thérapeutique de choc par l'huile soufrée, injections de lacto-protéides et de peptone, eau d'Uriage intra-veineuse.

Du 18 au 22 juin, nous demandons au malade de noter le pH urinaire chaque matin. Il est chaque jour le même : 6,6.

La R. A. est de 66,4 volumes (23 juin).

La médication acidifiante (50 gouttes d'acide phosphorique) et le régime acide font baisser le pH à 5,4 et 5, sans changement de l'eczéma. Le régime alcalin et le bicarbonate de soude (15 gr.) relèvent le pH urinaire à 6,2 et 7,4, mais déclenchent une forte crise de prurit avec extension des lésions à tout le dos.

Nous essayons de nouveau d'acidifier le malade du 1^{er} au 5 juillet. Le pH urinaire revient à 5 et dès le 2 juillet on observe une amélioration très sensible de l'eczéma à la face, aux cuisses et aux bras.

La suppression du régime pendant 3 jours est suivie d'une rechute qui s'accompagne d'une nouvelle élévation du pH à 7 et d'une R. A. à 68 volumes le 6 juillet.

On reprend la médication acidifiante que le malade continue jusqu'au 12 septembre, même pendant son séjour à la mer. Le pH se maintient régulièrement à 5 et *l'eczéma s'atténue progressivement pour disparaître totalement du 7 août au 23 septembre.*

Mais depuis cette date, les lésions cutanées sont réapparues malgré la reprise du traitement acidifiant (80 et même 100 gouttes d'acide phosphorique).

La R. A. est tombée à 50,8 volumes (23 octobre).

Le pH est de 5.

Une nouvelle amélioration se produit en novembre alors que le malade est à Luchon et qu'il continue à prendre 20 gouttes d'acide phosphorique tous les deux jours. Le 2 décembre, il est pratiquement blanchi, mais le 3 décembre, on note l'apparition d'un *zona intercostal gauche.*

Celui-ci presque guéri, on note une reprise de l'eczéma, le 19 décembre, qui se met à suinter.

Depuis lors, malgré le traitement acidifiant et un pH à 5, l'eczéma persiste. Toute tentative d'alcalinisation est suivie d'une exagération des manifestations cutanées.

En résumé : *Après deux périodes d'accalmie totale, récidive de l'eczéma malgré la reprise du traitement (15 janvier 1937).*

2° Equilibre normal

OBSERVATION N° 16.

Mme A. G..., 41 ans, voit apparaître pour la première fois, en février 1935, une plaque d'eczéma sur le menton, qui s'étend très rapidement tout autour de la bouche.

Douze injections d'auto-hémothérapie n'amènent aucune amélioration. En juin 1935, deux séries de piqûres de folliculine provoquent la disparition des manifestations cutanées.

Mais, en octobre, l'eczéma récidive, au même endroit, mais plus discrètement.

En janvier 1936, une application d'un lait dermique donne un très mauvais résultat. Toute la région péri-buccale est enflammée et donne une sensation de brûlure très pénible.

L'application est suspendue aussitôt.

De février à mai, différents traitements par voie buccale n'amènent aucune amélioration.

C'est à ce moment que sont dosés à Nancy :

le pH sanguin : 7,40 ;

la réserve alcaline : 61,7 %.

Des piqûres de cacodylate iodé provoquent une forte poussée. La plaque d'eczéma s'étend graduellement, gagnant les joues, les tempes, les oreilles, chaque poussée correspondant toujours avec les règles.

Le 13 mai 1936, le Professeur Vallery-Radot examine la malade et lui prescrit :

— pendant 15 jours, un régime surtout végétarien et 20 gr. de bicarbonate de soude *pro die* ;

— pendant 15 jours, un régime surtout carné (avec du vin rouge) et une médication acidifiante à doses élevées ;

— alterner ces deux régimes, et ainsi de suite.

En outre, en raison d'une influence ovarienne possible, injections de Corps jaune et de Folliculine.

Or, dès la fin de la première quinzaine de régime alcalin, on note une diminution sensible de l'eczéma. L'amélioration se poursuit durant les 15 jours suivants de régime acide.

Dès le 1^{er} août, la malade revient progressivement à un régime normal.

Le 15 août, on supprime les injections, et le 1^{er} septembre on abandonne tout traitement, l'eczéma ayant totalement disparu.

La guérison, obtenue en 3 mois 1/2 de traitement, persiste depuis plus de 4 mois.

3° Acidose

OBSERVATION N° 17 (Docteur BLAMOUTIER).

M. M. C..., 67 ans, est vu en juin 1936 pour *un eczéma aigu du cou* suintant très abondamment depuis 3 jours.

Antécédents : « Arthritique », gros mangeur, vie sédentaire. A déjà eu deux poussées, au cours desquelles un traitement par pulvérisations locales et injections hypodermiques d'extrait de rate à forte concentration, avait réussi à enrayer rapidement ces manifestations.

Depuis lors, le traitement ne donne plus aucun résultat, malgré un *régime lacto-végétarien* très suivi, contrastant avec l'abondance de viandes habituellement consommées.

pH urinaire=5,2 (juin 1936).

La prise de 20 grammes de *bicarbonate de soude* par jour fait disparaître l'eczéma (qui sèche aussitôt en moins de 5 jours).

Sous surveillance du *pH* (qui, avec un régime mixte, revient en moins de 24 heures à 5, sans prise d'agent chimique acidifiant), le malade prend tous les 2, puis tous les 3 jours, 10 grammes de bicarbonate pendant 6 semaines :

— *Guérison clinique.*

Une tentative d'acidification par le régime carné et l'acide phosphorique fait réparaître l'eczéma aussitôt.

OBSERVATION N° 18.

Mme Pre... Marthe, 52 ans, était suivie à la consultation du Professeur GUGEROT, pour un *eczéma de la région thénarienne droite* apparu à la suite de la ménopause (début de 1935), et survenant après le *lavage*.

Traitée par le *gynœstryl*, elle était guérie en juin 1936, mais cinq mois après, en octobre, elle présente une récidive. L'eczéma s'est étendu aux deux mains et

aux avant-bras jusqu'aux coudes et s'accompagne d'un prurit intense.

La malade a une tendance au régime carné, boit du vin et quelques apéritifs.

Sans modifier son régime, le *pH urinaire* est chaque matin pendant 5 jours, du 10 au 14 décembre : 5,2.

La R. A. = 44 volumes (14 décembre).

L'acidose est donc nette.

Dès le 14 décembre, nous lui ordonnons un régime alcalin et la prise de 15 gr. de bicarbonate de soude par jour.

Le 18 décembre, le *pH* est de 7 et s'y maintient les 16, 17 et 18 décembre; la malade va beaucoup mieux. Le prurit a totalement disparu, et l'eczéma s'est localisé aux mains, en voie de régression.

R. A. = 56 volumes (le 18 décembre).

Nous lui conseillons : pendant 4 jours, un régime alcalin et 15 gr. de bicarbonate ; pendant 3 jours, un régime mixte.

Le 31 décembre, *R. A.* = 60,6 volumes. Le *pH* urinaire s'est maintenu entre 6,6 et 7.

La malade n'a plus du tout d'eczéma et depuis le 21 décembre, elle a pu reprendre son travail et remettre ses mains à l'eau.

Nous la revoyons le 6 janvier. *pH* = 5,8. *R. A.* = 60,2 volumes. Elle n'a plus du tout d'eczéma.

Au total, *guérison clinique, depuis près d'un mois, malgré la reprise du travail et du lessivage.*

OBSERVATION N° 19.

Mme Mar..., 38 ans, est suivie à la consultation de M. le Professeur GUGEROT depuis le 20 novembre 1936, pour un *eczéma des deux mains et des doigts*, ayant débuté sur les doigts il y a un an, avec extension depuis une quinzaine de jours à la face dorsale des mains. Eczéma suintant et prurigineux, exagéré par le lavage des mains à l'eau.

Antécédents : mère asthmatique.

Le 2 décembre, alors que la malade a déjà reçu 2 in-

jections d'auto-sang, nous l'examinons pour la première fois.

Du 3 au 8 décembre, pH urinaire : 5,4. R. A.=48,3 volumes (4 décembre).

On lui prescrit le régime alcalin et 15 gr. de bicarbonate par jour.

Le 10, le pH s'élève à 5,8 et se maintient à 7,4 du 11 au 14 janvier.

Dès le 12, on note une amélioration très sensible :

— le suintement a totalement disparu ;

— l'eczéma est moins étendu ;

— mais la malade présente encore le soir un peu de prurit.

R. A.=64,9 volumes (le 14 décembre).

Nous lui conseillons dès lors :

— alternativement : 4 jours, régime acide et 50 gouttes d'acide phosphorique ; 4 jours, régime alcalin et bicarbonate.

L'amélioration persiste et se consolide de jour en jour (16, 21 et 28 décembre). Le pH urinaire est à 5 pendant le régime acide, à 7,4 pendant le régime alcalin.

R. A.=57,2 volumes (le 28 décembre).

Du 28 décembre au 4 janvier, la malade suit pendant 5 jours un régime acide et prend pendant ce temps, un jour sur deux, de l'acide phosphorique et pendant trois jours elle suit un régime normal en prenant 15 grammes de bicarbonate par jour.

Le pH continue à osciller, suivant le régime, de 5 à 7,4. Il ne reste plus qu'une petite plaque d'eczéma de la taille d'une pièce de 0,50 centimes sur la main gauche (4 janvier 1937).

Cette amélioration se consolide pendant la semaine suivante et le 14 janvier, la malade peut reprendre son travail. Il ne persiste plus qu'une plaque imperceptible d'eczéma sur la face dorsale de la main gauche.

$pH=5,8$.

OBSERVATION N° 20.

Mlle A. Rio..., 18 ans, qui avait été suivie à la consultation de Bichat pour de l'asthme humide et traité du 14 février au 12 juin 1936 par 22 injections de Vaccin de Nitti, est revenue le 23 octobre pour de l'eczéma des mains et de la nuque, pré-menstruel, étant apparu depuis la guérison de l'asthme en juin 1936.

Elle a déjà eu deux poussées d'eczéma, l'une en 1931, l'autre en décembre 1935, qui a duré jusqu'à l'apparition de l'asthme en janvier 1936.

Le *pH* urinaire observé pendant 5 jours (23-28 octobre) est de : 5-5,4.

Le régime alcalin est suivi jusqu'au 12 novembre et en outre elle prend 15 gr. de bicarbonate de soude par jour.

Le *pH* monte à 7 et s'y maintient jusqu'au 12 novembre. Le 9 novembre elle a eu ses règles et cependant n'a pas eu de poussée de prurit. L'eczéma a disparu.

Entre temps, le 4 novembre, elle présente un *zona* lombo-abdominal qui est guéri en 15 jours.

Le 18 novembre, alors qu'elle ne suit plus aucun régime, la *R. A.* = 52,3 *volumes*.

Traitement: 4 jours de régime alcalin et 15 gr. de bicarbonate ; 3 jours de régime normal.

Le *pH* qui est de 7,4 pendant la prise de bicarbonate, revient régulièrement à 5 dès qu'elle cesse de le prendre.

Le 6 décembre, on note une très légère reprise de l'eczéma sur le cou à l'occasion des règles.

Or, malgré les 15 gr. de bicarbonate qu'elle prend depuis 4 jours et malgré un *pH* = 7, la *R. A.* est tombée à 47,9 *volumes* (7 décembre).

Le 14 décembre, après 7 jours de bicarbonate, elle est remontée :

R. A. = 51,6. Le *pH* est toujours de 7-7,2.

Du 8 au 14 décembre, elle n'a pas eu d'eczéma. Cette amélioration persiste jusqu'au 20 décembre, le *pH* s'étant maintenu à 7,2. Mais depuis le 20, il y a une petite reprise de l'eczéma, malgré le régime alcalin, la prise du bicarbonate et un *pH* de 7,2.

R. A. = 52,4 volumes (21 décembre).

Il y a donc eu à 3 reprises différentes *une dissociation du pH et de la R. A.*

Nous conseillons cependant à la malade de continuer le régime alcalin et le bicarbonate.

Elle a suivi ce traitement jusqu'au 11 janvier 1937.

Elle n'a plus du tout d'eczéma et vient cependant d'avoir ses règles du 5 au 10 janvier.

Le pH se maintient à 6,6-7.

La R. A. est actuellement à un taux normal : 58,2 volumes.

OBSERVATION N° 21.

M. Ro..., 27 ans, présente depuis 10 ans, des poussées d'eczéma des mains, chaque fois qu'il absorbe du chocolat. La dernière crise, plus forte que les précédentes, dure depuis un mois. L'eczéma siège sur les mains et les avant-bras.

Cette sensibilisation s'est notablement élargie depuis un an, car à l'origine des dernières poussées d'eczéma, on note l'ingestion de poissons, de salade, de *vin* et de *viande*.

Antécédents : mère urticarienne.

Le pH noté pendant 3 jours sans régime particulier est de 5,8.

La R. A. est de 56 volumes (13 juillet).

En somme, ces examens révèlent des chiffres dans les limites normales. Mais étant donné que certaines poussées d'eczéma sont dues à l'ingestion de vin et de viande, nous essayons d'alcaliniser le malade.

Du 15 au 20 juillet, il suit un régime alcalinisant et prend 15 gr. de bicarbonate de soude par jour.

Le pH s'élève à 6,2 puis 7.

Le 20 juillet, on note une *très grande amélioration* de l'eczéma qui a totalement disparu aux avant-bras et s'est atténué aux mains où il ne suinte plus.

La R. A. est montée : 68,4 volumes (20 juillet).

La suppression du régime et du bicarbonate pendant 3 jours n'est suivie que d'une variation très faible de

la R. A. : 66,2 volumes (23 juillet). L'amélioration obtenue persiste.

Aussi, conseillons-nous au malade de prendre 15 gr. de bicarbonate pendant 5 jours, puis de suspendre le régime et la médication alcaline pendant 3 jours et de recommencer ainsi de suite le cycle.

Nous n'avons malheureusement plus revu le malade depuis le 23 juillet. Il nous a donc été impossible de le suivre jusqu'à la guérison.

B. — URTICAIRE (6 cas)

1° Alcalose

OBSERVATION N° 22 (observation personnelle).

Mlle D..., 6 ans, est examinée le 22 juillet 1936 à l'occasion d'une poussée d'*urticaire*. Il s'agit d'une urticaire saisonnière, survenant pendant les mois d'été et principalement au bord de la mer.

En hiver, l'enfant n'a jamais la moindre manifestation cutanée. Ces poussées se reproduisent depuis 4 ans malgré la peptalmine et le calomel.

En outre, chaque crise d'urticaire est accompagnée d'*incontinence nocturne des urines*.

A noter que les parents, dès les premiers symptômes de la crise et sur les conseils d'un médecin, suppriment totalement la viande à l'enfant.

Elle doit partir en vacances au bord de la mer dans quelques jours. Nous conseillons à la mère la mesure quotidienne du pH urinaire et prescrivons un *régime acide* et 40 *gouttes d'acide phosphorique* par jour, si le pH tend à s'élever au-dessus des chiffres normaux.

Nous revoyons l'enfant le 10 septembre. Elle revient de la mer. Le pH urinaire était les premiers jours de : 7-7,2.

Elle a pris l'acide phosphorique prescrit et a suivi un régime carné.

Elle n'a jamais plus eu d'incontinence nocturne des

urines et n'a eu que deux petites poussées d'urticaire, justement les deux fois où le pH urinaire était, sans cause apparente, monté à 7.

Ces deux petites crises ont été en quelques heures jugulées par le régime acide et l'acide phosphorique.

Actuellement, elle présente un peu de prurigo. Elle n'a pas pris d'acide phosphorique depuis 15 jours.

pH urinaire=6,6.

Elle reprendra le régime carné et une solution d'acide phosphorique.

Le 5 novembre, l'enfant est guérie. Depuis deux mois, elle n'a plus ni urticaire, ni prurigo. L'incontinence des urines ne s'est plus manifestée.

pH=5,8.

Le 7 janvier 1937, nous pouvons vérifier l'absence d'urticaire depuis plus de 4 mois.

OBSERVATION N° 23 (Docteur BLAMOUTIER).

Mme C..., 43 ans, est vue en mai 1936 pour *urticaire* rebelle, avec de temps à autre des poussées d'œdème de *Quincke* sur le visage : début il y a 10 ans.

Elle a suivi tous les régimes habituels avec suppression surtout des aliments reconnus comme pouvant déclencher de l'urticaire (poisson, œufs, fraises, conserves, salaisons) : pas de modification appréciable. Mais elle *évite néanmoins la viande* et ne boit que de l'eau.

Son urticaire ne semble pas influencée par les thérapeutiques diverses, tour à tour, instituées : auto-sang, euphoryl, peptone *per os* et en injections intra-dermiques.

La malade a remarqué qu'en menant une vie active, en marchant, en prenant de l'exercice, elle n'avait pour ainsi dire jamais d'urticaire. Cette dernière apparaît surtout la nuit ou dans la journée quand la malade est inactive.

pH urinaire=7,2 (contrôlé pendant 3 matins consécutifs).

Mise au traitement acidifiant, l'urticaire disparaît.

Elle reparaît deux jours après la mise à un régime

végétarien et l'absorption de boissons alcalines, mais disparaît en se soumettant à une thérapeutique acidifiante.

OBSERVATION N° 24.

M. Bo..., 27 ans, présente depuis 8 ans, une urticaire quotidienne à localisation variable (cou, abdomen, épaules, cuisses), à prédominance matinale, sans cause déclenchante nette, en dehors d'une certaine sensibilité au froid.

L'auto-hémo, le gynergène, la peptone *per os* n'ont donné jusqu'ici aucun résultat.

Antécédents : grands-parents asthmatiques.

Le 7 décembre 1936 : pH urinaire=6,6. R. A.=59,2 volumes.

Le malade habitant la province, nous lui conseillons d'essayer pendant 5 jours, alternativement, le régime acidifiant (avec 50 gouttes d'acide phosphorique) et le régime alcalinisant (avec 15 gr. de bicarbonate de soude).

Les 14, 15, 16 et 17 décembre, le régime entraîne :

— une chute du pH urinaire : 5 ;

— de fortes poussées d'urticaire.

Du 18 au 24 décembre, il suit un régime alcalin :

— le pH s'élève de 5 à 6,6 et 7 ;

— une grande amélioration se produit : à peine quelques plaques insignifiantes d'urticaire sur la jambe gauche (23, 24 décembre).

Le 25 décembre, il reprend le régime acide, mais doit le suspendre dès le 26, devant une chute du pH à 5 et l'apparition d'une violente poussée d'urticaire.

Du 26 au 31 décembre, il reprend le traitement alcalinisant :

— le pH s'élève progressivement : 6,2-6,6-7.

— dès le 28, l'urticaire disparaît presque complètement (les petites plaques présentées depuis le 27 ne sont nullement comparables aux violentes poussées du début).

Nous avons continué à suivre ce malade jusqu'au 12 janvier 1937.

Il a continué le régime alcalinisant. Le *pH* se maintient à 6,6 et l'urticaire est en très nette régression.

2° Acidose

OBSERVATION N° 25.

Mme M..., 39 ans. Urticaire généralisée et persistant depuis son apparition en juin 1935, après absorption de fraises et de poisson. Depuis lors, crises journalières, présentant des poussées à l'occasion des règles et sous l'influence d'émotions.

Tous les traitements essayés (peptalmine, auto-hémothérapie, hyposulfite de soude, injections de lait, extrait de rate) ont échoué.

Pendant 4 jours, du 20 au 24 juin 1936, le *pH* urinaire, sans aucun régime, se maintient à 5,4.

Le 24 juin, la malade commence le traitement alcalinisant : régime fructo-végétarien et 15 gr. de bicarbonate de soude par jour. Elle le poursuit jusqu'au 29. Le *pH* urinaire s'élève à 7,4 et se maintient les jours suivants à 7 et pendant ces 4 jours, la malade présente de l'urticaire généralisée, intolérable, entraînant de l'insomnie avec de gros placards œdémateux.

Du 30 juin au 15 juillet, nous modifions le traitement : régime surtout à base de viande et de vin rouge, 50 gouttes d'acide phosphorique par jour. Le *pH* s'abaisse à 5 et dans l'ensemble on note une légère amélioration, qui n'est que passagère, puisque le 5 et le 6 juillet, ayant abandonné le régime, la malade présente à nouveau une poussée très vive d'urticaire.

Le 8 juillet, la R. A. = 46,6 volumes.

Nous reprenons le régime alcalinisant et le bicarbonate de soude que la malade prend du 12 au 20 juillet. Le *pH* urinaire s'élève à 6,2 puis à 7, les trois derniers jours. L'urticaire se localise aux jambes et aux bras sous forme de quelques petits placards, mais l'élément prurigineux a presque totalement disparu.

R. A.=59,2 volumes (20 juillet).

L'apparition de *céphalée* et de *légers œdèmes des paupières* nous incite à supprimer le bicarbonate de soude.

Trois jours après, le 23 juillet, le *pH* est retombé à 5. La malade refait une crise d'urticaire généralisée.

La malade devant partir en vacances, nous lui conseillons :

— 4 jours de régime alcalin et 15 gr. de bicarbonate (le premier et le troisième jour) ;

— 1 jour, sans rien ;

— 4 jours de régime alcalin.

Nous la revoyons, à son retour, le 21 septembre. Dans l'ensemble, le *pH* s'est maintenu à 5, sauf les jours où elle prenait du bicarbonate, où il montait à 6,2-7.

C'est justement les jours où le *pH* s'élève que l'urticaire s'atténue, pour réapparaître sous forme d'une crise très forte le jour où elle cesse la médication alcalinisante.

Depuis 8 jours, l'urticaire est très améliorée : à peine quelques éléments épars, nullement comparables à la crise généralisée du début.

Le 20 septembre : R. A.=52,6 volumes.

Nous lui conseillons de poursuivre le traitement. Du 21 au 28 septembre, elle prend 15 gr. de bicarbonate par jour. Le *pH* se maintient pendant ces sept jours à 7,4 et 7. L'urticaire a presque totalement disparu, mais depuis deux jours, la malade se plaint à *nouveau* de *céphalée*, d'un léger œdème malléolaire.

La R. A. est le 29 septembre de : 65,4 volumes.

Nous conseillons à la malade de ne prendre du bicarbonate que deux jours par semaine.

Nous la revoyons le 24 octobre. Depuis près d'un mois, l'urticaire a *totalement disparu*. Le *pH* est régulièrement de 6,2-6,6.

A deux reprises, le 4 et le 25 novembre, nous pouvons vérifier la *guérison totale* qui dure depuis deux mois.

OBSERVATION N° 26.

Mme Mo..., 36 ans, est examinée pour la première fois à la consultation de Bichat le 21 janvier 1935 :

Asthme depuis 1929 et depuis un an, crises d'urticaire pendant la période des règles.

L'asthme est guéri après 8 séances de radiothérapie sur les champs pulmonaires (8 mars 1935).

Mais l'urticaire, qui avait disparu depuis 4 mois, est réapparue depuis 3 jours (10 mai 1935), généralisée à tout le corps.

L'holosplénine essayée entraîne une recrudescence de l'urticaire aux points d'injections.

$pH=5$. R. A.=56 volumes (23 mai 1935).

La malade est mise au régime alcalin et au bicarbonate de soude (15 gr.):

Dès le lendemain, disparition de l'urticaire (24 mai).

Comme celle-ci apparaissait pendant la période menstruelle, nous conseillons à la malade de prendre du bicarbonate au moment des règles.

Nous revoyons la malade en juillet 1936. Pendant toute une année elle n'a pas eu d'asthme, ni d'urticaire, même pendant les règles, si bien qu'elle avait supprimé depuis deux mois le régime et le bicarbonate.

Mais depuis le 1^{er} juillet, elle présente à nouveau de l'urticaire sur les cuisses (8 juillet 1936).

La malade partant en vacances le lendemain, nous lui conseillons :

— la mesure quotidienne du pH urinaire.

— 4 jours de régime alcalin et 15 gr. de bicarbonate par jour, et si le traitement échoue, une thérapeutique acidifiante (50 gouttes d'acide phosphorique).

Elle revient de vacances le 7 septembre.

Pendant les 4 jours où elle prenait du bicarbonate, elle a noté une exagération très nette de l'urticaire, qui a cessé après deux jours de régime acide (23 juillet). Elle a continué le régime acide jusqu'au 1^{er} septembre.

Le pH urinaire, qui était au début élevé (6,6-6,2), est passé à 5,8 et 5,4 sous l'influence de la thérapeutique acidifiante.

Depuis 8 jours, elle ne suit plus aucun traitement. Le pH urinaire se maintient à 5,8.

La R. A. est passée de 56 volumes (23 mai 1935) à 45,6 volumes (8 septembre 1936).

Depuis 4 mois, la malade n'a pas eu ni urticaire, ni asthme (24 novembre 1936). pH=5,8. R. A.=59,2 volumes.

OBSERVATION N° 27.

Mlle Trut..., 22 ans, qui avait déjà eu de l'asthme et de l'eczéma jusqu'à la puberté, refait, à 21 ans, en 1935, des crises d'*asthme* nocturnes, surtout dans la période pré-menstruelle.

Cet asthme est intriqué et alterne avec des poussées d'*urticaire* spontanées ou déclenchées par le contact d'un chien ou d'un chat.

Nous trouvons, le 23 octobre 1936, des cuti-réactions positives aux protéines de poils de chien et de chat.

Le même jour, en notre présence, la malade présente une ophtalmo-réaction très vive, s'étant frottée un œil après avoir caressé un chat.

Il semble donc s'agir d'une urticaire *anaphylactique* et en fait, les jours suivants, la malade, évitant son chien, ne présente plus d'éléments ortiés.

Mais, peu après, l'urticaire reparaît *spontanément*. Nous lui demandons, du 1^{er} au 6 décembre, de noter le pH urinaire. Il est de 5,4.

La R. A. est très abaissée : 39,3 *volumes* (6 décembre). (Ce résultat a été contrôlé à deux reprises).

La malade est donc en acidose marquée.

Pendant 5 jours, nous lui ordonnons le régime alcalin et 15 gr. de bicarbonate de soude par jour.

Le pH s'élève à 6,6, puis se maintient à 7, du 8 au 11 décembre.

Le 9 décembre, la malade n'a pas eu d'urticaire, bien qu'elle ait eu ses règles.

Mais le 10 décembre, au bout du quatrième jour de la cure alcaline, alors que le pH est de 7,4, elle fait une crise d'asthme dans la nuit.

Le 11 décembre, la R. A. est de 66 volumes (le même chiffre est retrouvé lors d'une deuxième détermination).

Nous lui conseillons dès lors de suivre :

— pendant 4 jours, un régime acide et de prendre de l'acide phosphorique (50 gouttes par jour).

— puis les 4 jours suivants, un régime alcalin et de prendre du bicarbonate de soude (15 gr.).

Elle suit ce traitement jusqu'au 4 janvier 1937.

Nous notons ainsi ce fait très particulier, que :

— *le régime acide entraîne la chute immédiate, du jour au lendemain, du pH urinaire à 5 et l'apparition spontanée d'urticaire, sans qu'il y ait eu contact avec un animal;*

— *le régime alcalin provoque une alcalose qui se manifeste par une élévation nette du pH (7,4) et des crises nocturnes d'asthme.*

Il semble donc que l'urticaire coïncide, chez cette malade, avec une chute du pH, alors que l'asthme se produit en alcalose.

Pour vérifier cette hypothèse, du 4 au 11 janvier, nous la soumettons à la cure alcaline.

Le pH se maintient entre 7 et 7,4 et chaque soir, la malade présente une crise d'asthme. Elle n'a eu qu'une fois de l'urticaire, mais après avoir caressé son chien. En aucun cas, elle n'a eu spontanément de l'urticaire pendant toute cette semaine.

Du 13 au 18 janvier, nous la soumettons à la cure acide : en deux jours (15 janvier), le pH descend à 5 et à 4,6 et depuis le 16 janvier, les crises d'asthme ont totalement disparu.

Par contre, la malade a de nouveau spontanément de l'urticaire.

C. — ŒDEME DE QUINCKE (5 cas)

1° Alcalose

OBSERVATION N° 28.

M. M..., 38 ans, présente, quand nous le voyons pour

la première fois, en octobre 1930, des crises d'œdème de Quincke et d'urticaire depuis un mois.

L'œdème se localise tantôt à la face, tantôt à la langue et au pharynx, avec dyspnée et spasme de la glotte.

Les crises semblent avoir pour origine une sensibilisation alimentaire : l'ingestion de poisson (brochet), de crustacés et de mets faisandés.

Depuis une semaine, le malade suit un régime végétarien strict.

L'extrait splénique n'a donné aucun résultat.

pH sanguin=7,60. R. A.=62,3 volumes (Docteur CLAUDE).

Le malade est traité par l'acide phosphorique (50 gouttes) pendant 15 jours (5 décembre 1930).

Au cours du traitement, il présente une forte crise d'œdème siégeant à la lèvre supérieure et à la joue droite, en même temps que de l'urticaire sur le bras et le torse.

En janvier 1931, il refait une crise d'œdème de la face qui dure deux jours.

Depuis 4 mois, il a donc une poussée mensuelle.

Il continue quand même le régime acidifiant et l'acide phosphorique pendant plus d'un mois.

En février 1931, il n'a pas eu de crise d'œdème ni d'urticaire. En vue d'un effet préventif, nous lui conseillons de se faire faire, au début de mars, une piqûre d'extrait de rate et de reprendre pendant 10 jours le régime acide et l'acide phosphorique.

Nous perdons de vue ce malade jusqu'au 28 décembre 1936. Il a continué le traitement jusqu'au 22 avril 1931. N'ayant pas eu sa crise mensuelle, il a jugé pouvoir abandonner toute médication.

Depuis plus de 5 ans, il n'a plus eu la moindre crise d'urticaire, ni d'œdème de Quincke.

pH=5,8. R. A.=55 volumes.

OBSERVATION N° 29.

Le Docteur Tru..., 36 ans, exerce la médecine à Saïgon. De passage à Paris, il est venu à la consultation de Bichat le 21 décembre 1936.

Il présente, depuis 6 mois, des crises d'œdème de *Quinke*, à localisations variables : bras, cou et principalement à la face (tempes, joues, lèvre supérieure, paupières).

Divers traitements ont été essayés : jabosulfène, euphoryl Emgé Lumière, chlorure de calcium, peptamine, extrait splénique, Agocholine, solution de Bourget. Aucune amélioration ne s'est manifestée.

Le régime végétarien n'a donné aucun résultat, bien qu'il soit suivi depuis près de deux mois.

Antécédents : urticaire, de 1930 à 1935, par poussées.

Le 21 décembre, nous notons :

pH urinaire=6,6. R. A.=68,5 volumes.

Du 21 au 25 décembre, sur nos conseils, le malade suit un régime acide et prend 50 gouttes d'acide phosphorique.

Le pH tombe à 5,4 dès le 23, et l'œdème s'atténue très rapidement.

Du 25 décembre au 1^{er} janvier, il essaie un régime alcalin et un traitement bicarbonaté. Du jour au lendemain, le pH passe de 5,4 à 7 et l'œdème réapparaît.

Le 1^{er} janvier, il reprend la médication acide. Nous le revoyons le 4 janvier :

pH urinaire=5,4.

L'œdème a totalement disparu au niveau des paupières. Il persiste, un peu, mais très discret, à la joue droite.

Le Docteur Tru... quittant la France dans deux jours pour Saïgon, nous lui conseillons de poursuivre le traitement acidifiant, qui a déjà considérablement amélioré son œdème.

OBSERVATION N° 30.

Le Docteur B..., 34 ans, très bien portant jusqu'en février 1936, présente, à cette date, à 3 reprises, un samedi (ingestion de poisson la veille), une crise d'œdème de *Quinke*, à localisation pharyngée, qui débute à 5 h. du matin et dure 18 h. environ.

La suppression du poisson lui évite de nouvelles crises jusqu'en juillet 1936.

Le 25 juillet, crise pharyngée particulièrement violente (avec réflexe nauséeux) survenant au décours d'une rhinite purulente datant de 15 jours.

Ni l'adrénaline, ni l'éphédrine n'empêchent la crise de se reproduire 2 à 3 fois dans la journée pendant 15 jours.

L'œdème gagne tour à tour, les yeux, les mains, les pieds, les aisselles et s'accompagne de bronchorrhée et de diarrhée, qui semblent traduire un œdème des muqueuses.

L'auto-sang, l'auto-sérothérapie, la peptalmine, le chlorocalcion, l'euphoryl sont sans résultat.

La prise quotidienne de 4 cgr. de gardénal met fin à cette crise en quelques jours.

Le 1^{er} octobre, le Docteur B... part pour Vichy où on détermine :

pH urinaire = 7,4. *R. A.* = 68 volumes.

Pendant sa cure, il prend du génacide tous les jours.

Le *pH* oscille entre 5,8 et 6,2.

L'œdème de Quincke a disparu, mais à 4 reprises, il présente pendant deux heures, un peu d'urticaire sur le dos de la main.

Depuis le 1^{er} novembre, il va tout à fait bien.

Le *pH* urinaire, contrôlé pendant les 4 premiers jours de décembre, oscille entre 5,8 et 5.

R. A. = 51,7 volumes (4 décembre).

Il semble donc que ces manifestations aient été liées à un état d'alcalose.

Or le Docteur B... avait remarqué qu'en période de crise d'œdème, le lendemain de banquets, au cours desquels il mangeait plus de viande que de coutume et buvait du vin, était marqué régulièrement par la disparition totale des manifestations pharyngées.

Le 28 décembre, à 9 h. 30, il refait une nouvelle crise d'œdème localisé à la paroi postérieure du pharynx.

Le *pH* est de 6,6.

Depuis quelques jours, un état grippal avait motivé un régime composé de bouillon de légumes, pâtes, légu-

mes verts, ce qui pourrait expliquer cette modification du pH et l'apparition de l'œdème.

Aussi, dès les premiers symptômes, il a pris une médication acide.

Alors que les crises antérieures avaient duré 18 heures, celle-ci s'amende rapidement en 3 heures. Le pH est, à midi, de 6,2.

Mais le 2 janvier, il refait une très forte crise d'œdème le soir et le 3, au matin, une petite poussée d'urticaire se produit alors que le pH est de 6,6 malgré la continuation du traitement acidifiant.

En résumé : *échec du traitement acidifiant chez un malade qui était en alcalose* lors des premières crises d'œdème de Quincke.

2° Acidose

OBSERVATION N° 31 (observation personnelle).

M. Jean Fer..., 35 ans, vient à la consultation de l'Hôpital Broussais, le 18 juin 1936, pour un œdème de Quincke localisé à la paupière et à la commissure labiale gauche et sur la face dorsale de la verge.

En outre, il présente quelques placards d'urticaire sur le cou.

Début en 1931 : crises de fréquence variable, en moyenne une tous les mois.

pH urinaire=5 (contrôlé 5 jours consécutifs).

R. A.=47 volumes (19 juin).

Il est mis au régime alcalin et au bicarbonate de soude (15 gr. par jour).

Dès le deuxième jour, on note la disparition de l'urticaire. pH =5,8.

Le 2 juillet, nous lui conseillons, à titre expérimental, de prendre pendant quelques jours 50 gouttes d'acide phosphorique.

Le 9 juillet, pH =5. Il présente une crise d'urticaire généralisée particulièrement vive qui dure toute la nuit et toute la journée du 10 juillet.

Dès le 10 au matin, il supprime la viande et le vin et prend 15 gr. de bicarbonate de soude.

Le 11, l'urticaire a disparu. Le pH , qui était de 5, s'élève les jours suivants à 6,2-6,6.

Nous le revoyons le 27 juillet. Il a continué le régime alcalin. Il n'a eu ni urticaire, ni œdème de Quincke.

$R. A.=57,6$ volumes.

Comme le régime sans viande lui est pénible, nous lui conseillons :

— 3 jours par semaine, un régime alcalin et du bicarbonate ;

— les autres jours un régime mixte.

Du 3 au 5 août, il fait une petite crise d'urticaire alors qu'il ne suivait aucun régime. Elle est rapidement jugulée par le bicarbonate. Dès lors, le malade suit le traitement : pendant une semaine, régime végétarien et bicarbonate ; pendant l'autre semaine, régime mixte.

Nous le revoyons à deux reprises, le 3 septembre et le 1^{er} octobre. Il n'a plus d'urticaire, ni d'œdème de Quincke depuis deux mois.

$pH=5,8$. $R. A.=59,2$ volumes.

Depuis un mois, il a cessé tout traitement.

La guérison clinique est vérifiée en décembre 1936. Elle dure donc depuis près de 4 mois.

OBSERVATION N° 32.

M. Col..., 47 ans, fait une première crise d'œdème de Quincke en août 1936, localisée aux lèvres et aux joues, qui a duré une semaine. Du mois d'août au mois de décembre 1936, il a présenté 6 à 7 crises, à localisations variables (pharynx, langue), qui ont duré de 24 à 48 heures et dont la dernière remonte à quelques jours à peine (5 décembre).

Il a remarqué que l'absorption de lièvre, un traumatisme léger étaient les deux causes déclenchantes habituelles.

pH urinaire=6,2. $R. A.=57,3$ volumes (le 9 décembre, donc 4 jours après la dernière poussée d'œdème).

Il n'y a donc *pas de déséquilibre acido-basique apparent*.

Toutefois, nous lui conseillons de suivre pendant 4 jours un régime acidifiant, puis pendant 4 jours un régime normal et de reprendre le cycle ainsi de suite.

Le pH urinaire, qui était de 6,2, baisse progressivement en 4 jours à 5 et se maintient à ce taux du 13 au 21 décembre.

La R. A. est tombée à 50,2 volumes le 14 décembre. Le malade se sent beaucoup mieux et n'a pas eu de crise d'œdème.

A deux reprises, nous revoyons le malade (21 décembre 1936 et 4 janvier 1937). Il a suivi 4 jours par semaine un régime normal et 3 jours un régime acide avec 50 gouttes d'acide phosphorique.

Le pH se maintient à 5 et 5,4. *Il n'a pas eu la moindre crise d'œdème de Quincke.*

En outre, colitique ancien, il a noté une très grande amélioration de son état intestinal : les selles sont bien moulées, la douleur a totalement disparu.

D. — DERMOGRAPHISME (2 cas)

Acidose

OBSERVATION N° 33.

Mlle Del..., 30 ans, présente depuis février 1936 du *dermographisme* quotidien, très prurigineux, apparaissant aux points de frottement des vêtements.

A l'examen, le dermographisme est très marqué. Le moindre frôlement provoque en quelques secondes une réaction papuleuse très prurigineuse.

Le pH urinaire, noté pendant 5 jours, sans régime spécial, est de 5.

La R. A. est nettement diminuée : 45,5 volumes (23 novembre 1936).

Pendant une semaine, elle a suivi un régime fructo-végétarien et a pris 10 gr. de bicarbonate de soude.

Le pH s'est élevé à 6,2 et, *du jour au lendemain*, les démangeaisons ont totalement disparu (30 novembre).

R. A.=52,2 volumes.

Mais comme le régime est difficilement accepté, nous lui conseillons de l'abandonner pendant trois jours et de le reprendre pendant les quatre jours suivants où elle prendra du bicarbonate de soude (10 gr.).

Revue le 7 décembre, nous constatons que les trois jours sans régime ont été marqués par la baisse progressive du pH : 6,2-5,4-5 et la reprise des démangeaisons, alors que la prise de bicarbonate a ramené le pH à 6,2-7-7,4, en même temps que la suppression immédiate du prurit.

R. A.=57,1 volumes (7 décembre).

Un deuxième essai dans le même sens donne lieu aux mêmes constatations.

Le 12 décembre, ayant cessé le bicarbonate et mangé de la viande, la malade est reprise dans la nuit de démangeaisons. Le 13 au matin, le pH est tombé à 5.

Cet état persiste le 13 et le 14, mais le 15 elle reprend le régime alcalin et le bicarbonate et voit disparaître le soir même le prurit qui était intense.

Les 16, 17 et 18 décembre, le pH est remonté à 7,4.

R. A.=63,6 volumes (18 décembre).

Nous lui conseillons dès lors de suivre un régime alcalin 4 jours par semaine et de prendre 10 gr. de bicarbonate les 3 autres jours où elle aura une alimentation normale (viande au repas de midi).

Depuis 10 jours, elle a suivi le régime (28 décembre). Elle n'a pas eu la moindre démangeaison.

Le pH s'est constamment maintenu entre 6,6 et 7,4.

R. A.=61,2 volumes.

Le 12 janvier, nous constatons la *disparition complète des troubles subjectifs*, qui datent d'un mois environ.

OBSERVATION N° 34.

Mlle Co..., 22 ans, présente depuis 18 mois, dans la période prémenstruelle, des poussées de pseudo-urti-

caire suivies, pendant la période des règles, d'incontinence diurne des urines.

A l'examen, il existe un dermographisme très marqué.

Les prochaines règles devant apparaître dans quelques jours, nous faisons prendre à la malade, du 10 au 18 novembre, 15 gr. de bicarbonate de soude par jour.

Le 11 novembre : $pH=6,6$. Le 12 novembre : $pH=5$. Début des règles qui durent 3 jours.

Le pH , sous l'influence du bicarbonate, s'élève à 7,4. La malade n'a pas eu d'incontinence d'urine.

Le 18 décembre, on suspend le régime et on constate les jours suivants une chute nette du $pH=5-4,6$ (19-23 novembre) en même temps que la malade ressent de vives démangeaisons.

R. A.=49,2 *volumes* (23 novembre).

Pendant 15 jours, elle prend 15 gr. de bicarbonate, 4 jours par semaine. Le pH se maintient à 6,6-7 et la malade, pendant cette période, ne présente ni dermographisme, ni énurésis.

R. A.=66,9 *volumes* (11 décembre).

Le 12 décembre, elle a de nouveau ses règles. Le pH est tombé à 4,6. Il en est de même le 13 décembre. Or elle a perdu un peu de ses urines dans la journée du 13. Ce jour même, elle reprend le bicarbonate. Le lendemain et le surlendemain (14-15 décembre), le pH remonte à 7 et 7,4. L'énurésis cesse, bien que les règles ne soient finies que le 16 décembre.

R. A.=69,2 *volumes*. $pH=7$ (18 décembre).

Dans l'ensemble, la malade se sent beaucoup mieux et n'a pas de dermographisme tant qu'elle est en alcalose.

Nous la revoyons le 8 janvier 1937 :

Elle a suivi très irrégulièrement le régime et n'a pris en trois semaines que 6 fois du bicarbonate. Le pH est tombé à 5,4.

Elle n'a presque plus de démangeaisons, mais, par contre, au cours des dernières règles (5-7 janvier), l'incontinence d'urines a été très marquée ($pH=5$).

RESULTATS GENERAUX

Nous avons rapporté 34 observations dont :

- 9 observations de malades traités empiriquement ;
- 25 de malades traités après contrôle du déséquilibre acido-basique.

Ces 34 observations se répartissent ainsi :

- 17 eczémas ;
- 10 urticaires ;
- 5 œdèmes de Quincke ;
- 2 dermatographismes.

Pour quelques malades, nous avons eu à remarquer l'association ou l'alternance de deux de ces affections ou parfois de l'une d'entre elles avec l'asthme.

Nous n'avons pas cru nécessaire de séparer ces observations et nous les avons rangées en tenant surtout compte de l'affection que le malade présentait au début de nos recherches.

I

LES MALADES TRAITES EMPIRIQUEMENT

Nous avons suivi 5 cas d'eczéma, 4 cas d'urticaire.

Nous ne pouvons, pour ces neuf cas, parler d'alcalose ou d'acidose n'ayant contrôlé ni le pH ni la R. A.

Toutefois, traités par les méthodes alcalinisante

ou acidifiante nous avons obtenu, 7 guérisons sur 9 cas, ce qui tendrait bien à prouver qu'il existait à l'origine de la dermatose un déséquilibre acido-basique.

Ne pouvant en tirer que des déductions cliniques, nous nous bornerons pour ces 9 cas, à étudier l'action du traitement.

ECZEMA

— 4 eczémateux ont été traités par une médication et un régime acidifiants.

— 1 a été traité par le régime alcalin et le bicarbonate de soude.

Avait-on une raison d'instituer une méthode de traitement plutôt qu'une autre ?

Dans 2 cas (observations n^{os} 1 et 2) c'est l'échec du régime végétarien suivi spontanément ou prescrit par le médecin, qui nous a fait penser à un état alcalosique possible et essayer d'abord d'acidifier les malades.

Dans un cas (observation n^o 5) l'amélioration déjà obtenue par les injections intra-veineuses d'hyposulfite de soude, nous a fait préférer la cure alcalinisante qui achève de guérir la dermatose en quelques jours.

Ces exemples tendent donc à démontrer, en l'absence de toute précision sur l'équilibre acido-basique, la valeur qu'il faut accorder à l'anamnèse pour le choix de la thérapeutique alcalinisante ou acidifiante.

Ce n'est que, dans les cas contraires, où on ne peut déceler ni une faute alimentaire ni un abus de médicaments, que nous croyons utile de recourir alternativement aux deux méthodes. C'est le cas de 2 ob-

servations (n^{os} 3 et 4) qui sont 2 exemples de guérison.

Nous avons ainsi obtenu sur 5 cas, 4 guérisons et une amélioration (observation n^o 2).

Cette dernière observation semble démontrer que le déséquilibre acido-basique n'est pas toujours le seul élément responsable de la dermatose. Certes, on observe une première fois la disparition totale de l'eczéma pendant 6 mois par la seule thérapeutique acidifiante. Ce même traitement améliore encore la lésion cutanée au cours d'une récurrence. Mais le fait que celle-ci s'accompagne d'une disparition des règles, nous incite à incriminer en outre une déficience glandulaire.

URTICAIRE

Les mêmes règles ont été appliquées aux 4 cas d'urticaire.

2 ont été traités par le régime et la médication acidifiante.

1 par le régime et la médication alcalinisante.

1 alternativement par les deux méthodes.

Nous avons constaté :

— 2 guérisons ;

— 2 échecs.

Ici, encore les effets du traitement semblent bien démontrer l'existence d'un déséquilibre acido-basique.

En effet, dans l'observation n^o 9, nous constatons qu'une urticaire guérie en 4 jours par le bicarbonate de soude récidive à la première tentative d'acidification, pour disparaître définitivement dès la reprise du traitement alcalinisant.

De même, pour l'observation n^o 7, il semble bien

s'agir d'une urticaire chez un alcalosique, puisqu'une tentative d'alcalinisation est suivie d'une aggravation nette de l'urticaire avec apparition d'incontinence d'urines. Et cependant la cure acidifiante ne modifie par la dermatose.

C'est en vue d'essayer d'éclaircir certaines particularités dans l'évolution de ces dermatoses, traitées par la médication alcaline ou acide, que nous avons suivi nos autres malades en contrôlant leur pH et leur réserve alcaline.

II

LES MALADES TRAITES APRES CONTROLE DU pH ET DE LA RESERVE ALCALINE

A. — LES VARIATIONS DU pH URINAIRE ET DE LA RESERVE ALCALINE

Elles ont été recherchées par nous dans 25 cas qui se répartissent ainsi :

- 12 eczémas ;
- 6 urticaires ;
- 5 œdèmes de Quincke ;
- 2 pseudo-urticaires ou dermographismes.

Sur ces 25 cas, nous avons trouvé :

- 3 fois un *équilibre acido-basique normal* ;
- 22 fois un *déséquilibre plus ou moins net*.

Et là où ce déséquilibre humoral existe, nous le trouvons modifié :

- 10 fois en faveur de l'*acidose* ;
- 12 fois en faveur de l'*alcalose*.

Nous avons considéré, comme *normal* un équilibre acido-basique se traduisant par :

— un taux variant de 5,8 à 6,2 pour le *pH* urinaire ;

— un taux variant de 55 à 65 volumes de CO_2 pour la réserve alcaline.

Ce déséquilibre acido-basique peut se manifester, comme l'avaient déjà fait remarquer DROUET et WEISS :

— soit par des modifications simultanées du *pH* et de la R. A. qui varient dans le même sens ;

— soit par une modification isolée du *pH* alors que la R. A. est normale ou, au contraire, par le phénomène inverse.

Il y a donc dans quelques cas *discordance* entre les deux chiffres.

Cette constatation nous a semblé assez rare, puisque sur 21 malades, pour lesquels nous avons recherché à la fois les taux du *pH* et de la R. A., nous n'avons trouvé cette dissociation que dans 4 cas.

Lorsque nous avons constaté des divergences entre les résultats du *pH* et de la R. A., nous avons toujours attribué plus de valeur aux modifications du *pH* urinaire. Nous n'avons fait par là que nous rallier à l'opinion de VERAÏN dont les nombreuses observations tendent à démontrer qu'en présence d'une sanction thérapeutique à prendre, il vaut mieux « tenir compte du *pH* sanguin » ou *urinaire* et non de la R. A.

1° VARIATIONS DU *pH* URINAIRE

Nous avons eu l'occasion de trouver chez de nombreux malades, les chiffres extrêmes de 4,6 (acidose) et de 7,4 (alcalose).

Que ce soit dans un sens ou dans l'autre, les indications fournies par le papier réactif coloré, sont

dans l'ensemble très utiles. Mais un unique contrôle du pH urinaire avant d'instituer le traitement, nous semble nettement insuffisant, surtout lorsqu'on trouve des chiffres à la limite de la normale (5,8-6,2).

Nous estimons préférable de faire cette recherche pendant quelques jours consécutifs et d'établir une moyenne des chiffres obtenus pour éliminer le plus possible les causes d'erreur dues aux différences d'alimentation d'un jour à l'autre.

2° VARIATIONS DE LA RÉSERVE ALCALINE

Si nous considérons maintenant les taux de la réserve alcaline, recherchée avant tout traitement chez 21 de nos malades, nous remarquons que les variations sont moins nettes que pour le pH urinaire et que les chiffres extrêmes sont exceptionnels.

Nous relevons :

- un minimum de 39,3 volumes (observ. n° 27) ;
- un maximum de 70,3 volumes (observ. n° 14) ;
- un chiffre moyen de : 55,8 volumes.

Sur 10 acidoses :

- un minimum de : 39,3 volumes ;
- un maximum de : 52,3 volumes ;
- une moyenne de : 45,8 volumes.

Sur 12 alcaloses :

- un minimum de : 66,4 volumes ;
- un maximum de : 70,3 volumes ;
- une moyenne de : 68,3 volumes.

Considérant comme normale une R. A. entre 55 et 65 volumes, nous voyons donc les écarts assez faibles qui séparent les chiffres observés de 45,8 et 68,3.

**B. — RESULTATS CONSTATES
DANS LES DIFFERENTS GROUPES
DE MANIFESTATIONS CUTANÉES**

Sur 12 *eczémas*, nous avons trouvé :

5 acidoses ;

6 alcaloses ;

1 équilibre normal.

Sur 6 *urticaires*, la proportion est sensiblement la même :

2 acidoses ;

3 alcaloses ;

1 équilibre normal.

Sur 5 *œdèmes de Quincke*, nous trouvons :

1 acidose ;

3 alcaloses ;

1 équilibre normal.

Enfin les 2 cas de *dermographisme* sont deux exemples d'acidose.

Il résulte, de ces recherches, qu'il n'existe pas de « *constante humorale* » pour chaque cas, qu'une même manifestation cutanée (*eczéma*, *urticaire*, *œdème de Quincke*) peut se rencontrer soit chez un alcalosique soit chez un acidosique.

Cette conclusion très importante, qu'avaient déjà formulée MM. SPILLMANN, DROUET et VERAÏN, démontre la nécessité de préciser le sens et le degré du déséquilibre acido-basique avant de traiter le malade.

Nos constatations se rangent entre celles de SPILLMANN et WEISS qui ont trouvé une prédominance nette de l'alcalose sur l'acidose et celles de PREININGER qui a constaté la prédominance inverse.

C. — INFLUENCE DU TRAITEMENT SUR LE DESEQUILIBRE ACIDO-BASIQUE ET SUR LES MANIFESTATIONS CUTANÉES

Pour pouvoir juger de l'influence du traitement, nous avons considéré nos malades du double point de vue :

— l'état de leur déséquilibre acido-basique, s'il en existe un ;

— la manifestation cutanée.

Nous avons considéré comme *guéris*, ceux de nos malades pour lesquels le traitement a provoqué la disparition totale de l'accident cutané en cause, pendant des mois, même pendant des années.

Nous parlons d'*amélioration* :

— que les lésions cutanées soient partiellement guéries ou qu'on observe une récurrence à plus ou moins longue échéance ;

— soit qu'en présence d'une association ou alternance de deux sortes de dermatoses, ou de l'une d'elles avec l'asthme, seule l'une d'entre elles soit guérie alors que l'autre persiste.

Nous considérons comme des *échecs* les cas où malgré l'existence d'un déséquilibre acido-basique et une tentative de traitement, la dermatose persiste, avec un équilibre humoral devenu normal ou nettement modifié.

1° ACTION DU TRAITEMENT SUR LE DÉSEQUILIBRE

HUMORAL CONSTATÉ AU COURS DES DIVERSES DERMATOSES

Nous pouvons constater, d'après nos 22 cas de déséquilibre humoral, que le régime et le traitement, qu'ils soient dirigés contre l'alcalose ou l'acidose, ont une action certaine.

Chez tous nos malades, en alcalose ou en acidose, soumis à un traitement acidifiant ou alcalinisant, nous avons constaté très rapidement de 1 à 3 jours après le début de la cure, une modification très nette de leur *pH* urinaire.

Les cas où la réaction des urines passe de l'acidose à l'alcalose ou vice-versa, sous l'influence du traitement, sont pour ainsi dire la règle.

Pour quelques-uns d'entre eux, nous avons pu ainsi réaliser, presque expérimentalement, par les changements successifs du régime et de la médication correctrice, alternativement le passage de l'alcalose à l'acidose ou le phénomène inverse.

Il en est de même pour les variations de la réserve alcaline. Toutefois celles-ci sont moins importantes, existent dans des limites plus étroites et sont presque toujours plus lentes à observer. Seules, les observations n° 18 et n° 27 sont des exemples d'un changement rapide du taux de la R. A. En 4 jours, nous la voyons s'élever de 44 volumes, à 56 volumes ; puis en 3 jours, de 56 à 60,6 volumes, sous l'action du régime alcalin et du traitement bicarbonaté. Cette correction rapide de l'acidose est constatée d'ailleurs, en même temps qu'une amélioration rapide des lésions, puis leur guérison.

Dans l'observation n° 27, la R. A. passe de 39,3 à 66 volumes après 5 jours d'alcalinisation.

Quelques auteurs, dont SPILLMANN et WEISS, avaient déjà insisté sur le fait qu'on agissait plus facilement sur l'acidose que sur l'alcalose. Ces 2 observations tendraient à confirmer de tels faits.

Toutefois, pour l'ensemble de nos malades, nous n'avons pas pu vérifier ces résultats, ayant noté, aussi bien chez les alcalosiques que chez les acidosiques, des changements rapides et nets de leur *pH* et de leur R. A. sous l'influence du traitement.

2° ACTION DU TRAITEMENT SUR LES DERMATOSES

En est-il de même pour les dermatoses ? Les guérit-on aussi bien lorsqu'elles se manifestent chez des sujets alcalosiques ou acidosiques ?

Avant de répondre à cette question, envisageons les résultats cliniques obtenus :

Sur 22 malades, ayant présenté une dermatose, en état de déséquilibre acido-basique, nous constatons :

- 13 guérisons ;
- 6 améliorations ;
- 3 échecs ;

qui se répartissent de la manière suivante :

— Sur 12 *alcalosiques* :

- 8 guérisons ;
- 2 améliorations ;
- 2 échecs.

— Sur 10 *acidosiques* :

- 5 guérisons ;
- 4 améliorations ;
- 1 échec.

Nous voyons ainsi que, si nous considérons seulement les guérisons cliniques, celles-ci seraient plus fréquentes pour les alcaloses.

D'autre part, le nombre d'échecs serait un peu moins élevé pour les acidoses. Mais, en raison du nombre restreint des cas observés par nous, il ne nous paraît pas possible d'en tirer des conclusions plus précises.

3° ACTION COMBINÉE DU TRAITEMENT

SUR LE DÉSÉQUILIBRE HUMORAL ET SUR LA DERMATOSE

En considérant l'action du traitement à la fois sur la dermatose et sur le déséquilibre acido-basique, il est facile de constater que dans presque tous les cas,

l'amélioration ou la guérison de la lésion cutanée coïncide avec un retour progressif à des chiffres normaux du pH et de la R. A.

Mais les variations du pH urinaire sont, en général, trop brusques pour permettre d'apprécier l'évolution du déséquilibre. Celles de la R. A., plus lentes, nous semblent plus intéressantes à retenir. Ayant ainsi ramené la R. A. à un taux normal, et constaté à plusieurs reprises la guérison cutanée, nous avons pu suspendre le traitement, tout en continuant à vérifier chaque jour le taux du pH urinaire. Au bout de deux ou trois jours, on voit celui-ci s'équilibrer et dans tous les cas de guérison, il s'est maintenu au taux normal de 5,8-6,2.

Toutefois la mesure du pH urinaire, à elle seule, nous a permis dans quelques cas (observations n^{os} 10, 22, 29), de juger le retour à la normale de l'équilibre acido-basique. Mais, il nous a paru nécessaire, dans ces conditions, *d'établir une moyenne des chiffres observés pendant cinq jours consécutifs* et surtout après *abandon de tout médicament et reprise d'une alimentation mixte*.

C'est ainsi que si nous reprenons le cas de l'observation n^o 18 nous constatons, sous l'influence du traitement alcalinisant, l'ascension très rapide du pH urinaire à 7 où il se maintient, l'élévation constante mais plus lente de la R. A. : 44-56-60,6 qui correspond exactement à l'évolution de la dermatose : amélioration très rapide en quatre jours (pH urinaire = 7), guérison en quinze jours (R. A. = 60,6, pH = 7). En réalité la suppression du traitement est suivie au bout de quelques jours du retour du pH à 5,8 (chiffre normal) alors que la R. A. se maintient normale (60,2 volumes) et que la guérison des lésions persiste.

Exceptions à la règle

Une exception à cette règle est celle que nous fournit l'observation n° 12. L'eczéma, chez une alcalosique, guérit lentement par la médication acide. En l'absence de toute manifestation cutanée, avant de parler de guérison, nous déterminons le taux de la R. A. : 50,1 et du $pH=4,6$.

Cette malade, qui faisait de l'eczéma en alcalose, se trouve guérie en acidose et seulement en acidose, puisque le fait de l'alcaliniser ramène bien le pH urinaire à 5,8-6,6 mais entraîne une récurrence cutanée. Il se pourrait donc dans ce cas, qu'à côté du déséquilibre acido-basique, il y ait un autre facteur à l'origine de la dermatose.

De même, l'échec observé dans l'observation N° 15 relèverait-il peut-être d'un mécanisme semblable. Un eczéma, chez un alcalosique, guérit une première fois par la médication acide. Une récurrence se produit alors que le malade est de nouveau en alcalose. L'acidification prolongée entraîne une chute du pH à 5 et de la R. A. à 50,8 volumes et cependant la lésion cutanée persiste. Une tentative d'alcalinisation fait remonter la R. A. à 68 volumes, le pH à 7 mais provoque une recrudescence très nette de l'eczéma, qui s'améliore, mais ne guérit pas, en ramenant le malade à son état d'acidose.

4° ACTION DU TRAITEMENT DANS LES DIFFÉRENTS GROUPES DE DERMATOSES ET VALEUR DES DIFFÉRENTES MÉTHODES THÉRAPEUTIQUES.

En étudiant les résultats obtenus par le traitement dans les différents groupes de dermatoses, nous relevons les chiffres suivants :

Eczéma. — 11 cas avec déséquilibre acido-basique :
6 guérisons ;

4 améliorations ;

1 échec.

Urticaire. — 5 cas avec déséquilibre acido-basique :

4 guérisons ;

1 échec.

Œdème de Quincke. — 4 cas avec déséquilibre acido-basique :

2 guérisons ;

1 amélioration ;

1 échec.

Dermographisme. — Sur 2 cas :

1 disparition complète des troubles fonctionnels
(démangeaisons spontanées ou provoquées
par le contact des vêtements) ;

1 amélioration.

Donc la nature même de la lésion cutanée (eczéma, urticaire, œdème de Quincke) n'entre pas dans le pronostic. Seuls peuvent jouer un rôle le sens et le degré du déséquilibre acido-basique.

La composition et la variété du médicament acidifiant ne nous semble pas, non plus, avoir un rôle à signaler. Nous n'avons essayé comme substance alcalinisante que le bicarbonate de soude, seul ou associé au citrate de soude.

Par contre, nous avons essayé d'acidifier nos malades à l'aide de différents produits : l'acide phosphorique officinal, et dans quelques cas, l'une des spécialités qui ont un pouvoir acidifiant par l'acide phosphorique minéral ou organique qui entre dans leur composition.

Ils sont responsables sensiblement du même nombre de guérisons, d'améliorations ou d'échecs. Le seul fait important nous semble, par contre, le choix des doses à donner.

La médication acide doit être prescrite à *doses élevées et suffisamment prolongées.*

D'ailleurs, c'est une question d'espèces et mieux vaut suivre le traitement en contrôlant le pH urinaire chaque jour. Ses variations indiqueront plus sûrement si on doit réduire ou augmenter les doses initiales.

5° ACTION DU TRAITEMENT SUR LES DERMATOSES OÙ IL N'EXISTE PAS DE DÉSÉQUILIBRE ACIDO-BASIQUE MANIFESTE.

Nous avons déjà signalé que sur 25 observations, il ne semblait pas exister un déséquilibre acido-basique pour 3 d'entre elles.

Il s'agit d'un cas d'eczéma avec un pH sanguin à 7,40 et une R. A. de 61,7 volumes.

— Un cas d'urticaire avec un pH urinaire de 6,6 et une R. A. de 59,2 volumes.

— Enfin 1 cas de dermatographisme avec un pH urinaire de 6,2 et une R. A. de 57,3 volumes.

C'est dans ces cas que nous avons appliqué la *méthode des cures alternativement acidifiantes et alcalinisantes*. Elle nous a permis d'obtenir 2 guérisons sur 3 cas et une amélioration.

Chez un malade (observation n° 16), l'amélioration obtenue par la cure alcaline est consolidée par la cure acidifiante. Au bout d'un mois on observe la guérison.

Chez un autre malade (observation n° 24), l'acide phosphorique exagère la poussée d'urticaire, alors que la cure bicarbonatée l'améliore très rapidement. Nous continuons par la suite à l'alcaliniser.

Enfin chez notre troisième malade (observation n° 32) nous observons si rapidement une réelle amélioration de l'œdème de Quincke en acidifiant le malade, que nous n'avons pas jugé utile d'essayer la cure alcalinisante.

Ces 3 exemples tendraient à démontrer qu'en pré-

sence de chiffres sensiblement normaux du pH urinaire et de la R. A. on peut toujours essayer de faire alterner les cures alcaline et acide, en adoptant ultérieurement celle des deux qui s'est révélée la plus efficace.

Toutefois, les cas, que nous avons étudiés dans ce sens, ne sont pas assez nombreux pour que nous puissions en tirer des déductions absolues.

6° LES CAS D'ÉCHECS DU TRAITEMENT SUR LES MANIFESTATIONS CLINIQUES

Les cas d'échecs que nous avons enregistrés (1 eczéma, 1 urticaire, 1 œdème de Quincke) sont tous trois des exemples *d'instabilité humorale*.

Dans le premier cas (observation n° 15), le même sujet présente les mêmes manifestations cutanées qu'il soit en alcalose ou en acidose. Or toute tentative d'alcalinisation pour ramener à la normale le pH et la R. A. entraîne une exagération des lésions cutanées.

Le second cas (observation n° 30) témoigne d'un autre genre d'instabilité. La disparition provisoire de l'œdème de Quincke coïncide avec des chiffres normaux du pH et de la R. A. (5,8 et 51,7 volumes), alors que le malade était en alcalose.

Une récidive a lieu, qui s'accompagne d'un pH urinaire à 6,6 (alcalose), et malgré la médication acidifiante qui ramène le matin au réveil le pH urinaire à 5, une poussée d'œdème se produit au cours de la journée alors que le pH est remonté à 6,6.

Enfin le troisième exemple (observation n° 27) est le plus intéressant. Il s'agit d'un cas d'urticaire alternant avec des crises nocturnes d'asthme. Or la mesure quotidienne du pH urinaire et de la R. A. à plusieurs reprises, nous permet de constater ce fait très particulier que *l'urticaire apparaît quand la ma-*

lade est en acidose (R. A.=39,3) et l'asthme, quand elle est en alcalose (R. A.=66 volumes, pH urinaire =7). Entre l'acidose et l'alcalose, on observe pendant une journée, un taux normal du pH urinaire et ce jour-là la malade ne présente ni urticaire, ni asthme. Nous avons bien essayé de maintenir la malade en état d'équilibre acido-basique. Mais la facilité et la rapidité avec laquelle elle change le sens de son équilibre acido-basique nous paraît être l'explication de cet échec.

Nos constatations nous ont paru intéressantes à signaler car déjà, dans la thèse de WEISS, on avait nettement l'impression que les cas les plus difficiles à traiter étaient justement ceux où se manifestait cette instabilité de l'équilibre acido-basique.

Dans ce même groupe d'instables, nous pourrions également ranger le cas de la malade (observation n° 26) qui, guérie une première fois de son urticaire par le bicarbonate, voit au cours d'une récurrence un an après, le même médicament exagérer la même lésion cutanée, alors que le médicament opposé la guérit.

Cet exemple tend à nous prouver :

1° Qu'une même dermatose peut s'observer chez le même malade en alcalose comme en acidose ;

2° Que le but thérapeutique, recherché par une médication alcaline ou acide, peut parfois être dépassé ;

3° Qu'il est donc nécessaire, au cours d'une récurrence, de vérifier, par la mesure du pH urinaire, le sens du déséquilibre acido-basique avant de le traiter, car il peut ne pas être le même qu'au cours de la première poussée.

III. — COMPARAISON DES RESULTATS OBTENUS DANS LES DEUX GROUPES D'OBSERVATIONS

Si nous comparons les effets du traitement dans les 2 groupes d'observations, celui où le traitement est prescrit d'une façon empirique et celui où il est destiné à corriger un déséquilibre acido-basique reconnu par la mesure du pH et de la R. A., nous obtenons les pourcentages suivants :

— *Sur les 9 cas du groupe I :*

7 guérisons ;

1 amélioration ;

1 échec.

— *Sur les 25 cas du groupe II :*

15 guérisons ;

6 améliorations ;

4 échecs.

Nous voyons ainsi que si on considère les guérisons et les améliorations obtenues dans chaque groupe, nous obtenons sensiblement les mêmes résultats.

Ils tendraient à prouver, qu'à défaut du contrôle du pH ou de la R. A. pour diagnostiquer un déséquilibre acido-basique au cours de certaines dermatoses, on peut en quelque sorte, en tablant sur la fréquence de ce déséquilibre, instituer par tâtonnements une thérapeutique appropriée et qu'on est en droit d'espérer des sédations parfois rapides, importantes, voire même durables.

Toutefois, cette thérapeutique appliquée empiriquement, risque d'aller à l'encontre du but poursuivi. Certes, dans quelques cas particuliers, une faute alimentaire ou médicamenteuse est un rensei-

gnement utile pour le choix du traitement alcalin ou acide, mais trop souvent, faute du contrôle du sens du déséquilibre, on risquerait, par une médication erronée, d'exagérer l'alcalose ou l'acidose.

Il nous semble donc presque indispensable, avant tout traitement :

1° de rechercher s'il existe ou non un déséquilibre acido-basique ;

2° en sa présence, d'en préciser le *sens* et le *degré*.

Et nous pensons, qu'à côté de la R. A., la mesure du *pH* urinaire à l'aide des papiers réactifs colorés est un procédé suffisamment précis pour établir ce diagnostic. Il a en outre le grand avantage d'être facile, rapide et à la portée de tous.

D'autre part, il nous semble nécessaire, au cours d'une récurrence, de s'assurer, par la mesure du *pH* urinaire, que le déséquilibre acido-basique n'a pas changé, nécessitant une thérapeutique opposée à celle qui avait entraîné un première fois la sédation des manifestations cutanées.

CONCLUSIONS

Nous avons étudié 34 cas d'eczéma, d'urticaire, d'œdème de Quincke ou de dermatographisme isolés, associés entre eux ou alternant avec des crises d'asthme, du point de vue de l'influence des variations de l'équilibre acido-basique sur l'évolution de ces manifestations.

Pour préciser le déséquilibre humoral, nous avons eu recours à la détermination de la réserve alcaline et à celle du *pH* urinaire recherché chaque jour.

Nous avons considéré comme normaux un *pH* urinaire de 5,8-6,2 et une R. A. de 55 à 65 volumes.

Nous sommes arrivé aux conclusions suivantes :

I. — Les variations de ces deux éléments se sont révélées parallèles pour presque tous nos malades. Sur 21 cas, nous n'avons constaté une dissociation que dans 4 cas, et nous avons alors considéré, de préférence, les variations du *pH* urinaire, qui sont plus fortes et peuvent être contrôlées tous les jours.

II. — Nous avons vérifié l'existence d'un déséquilibre acido-basique dans 22 cas sur 25. Pour 3 de nos malades, l'équilibre s'est révélé normal.

III. — Nous avons trouvé, sur les 22 cas de déséquilibre acido-base, 10 cas d'acidose et 12 cas d'alcalose.

IV. — Les mêmes manifestations sont constatées en alcalose comme en acidose, c'est dire qu'il n'y a

pas de « constante humorale » pour chaque dermatose.

Il est donc indispensable de préciser le sens et le degré du déséquilibre acido-basique avant de traiter le malade.

V. — Lorsque ce déséquilibre existe, les régimes et les médicaments, alcalinisants ou acidifiants selon les cas, ont une action correctrice manifeste.

VI. — La guérison ou l'amélioration de la dermatose coïncide avec le retour à la normale du pH urinaire et de la R. A.

Ce fait nous paraît être un argument important en faveur de l'étroite relation qui existerait entre la dermatose et le déséquilibre acido-basique.

VII. — Du point de vue pronostic, on peut distinguer :

— les sujets *stables*, dont l'équilibre, redevenu normal, ne varie pas. Ce sont ceux qui guérissent ou dont la dermatose s'améliore.

— les *instables*, qui changent, sous une influence quelconque, le sens de leur déséquilibre et présentent, suivant qu'ils sont en état d'acidose ou d'alcalose, tantôt les mêmes manifestations cutanées, tantôt des manifestations différentes.

VIII. — Du point de vue thérapeutique, le seul fait d'alcaliniser ou d'acidifier le sujet selon le sens du déséquilibre acido-basique, a entraîné l'amélioration ou la guérison de la dermatose dans 19 cas sur 22.

IX. — Pour acidifier ou alcaliniser un sujet, il importe surtout de donner des *doses suffisamment élevées et réparties en plusieurs fois dans les 24 heures*.

Il nous semble important de vérifier les effets du traitement par le contrôle fréquent et même quotidien du pH urinaire.

X. — Dans les cas où l'équilibre acido-basique paraissait normal, les cures alternativement alcalines et acides nous ont donné des résultats encourageants.

Vu :

LE DOYEN,

ROUSSY.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

ABRAMI.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,

S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

Nous ne donnons ici que les principales indications bibliographiques qui nous aient servi au cours de nos recherches.

1. AMBARD. — Réserve alcaline (*Strasbourg Médical*, n° 35, déc. 1934).
2. AMIOT. — Contribution à l'acidité ionique des urines (*Thèse de Médecine, Paris*, 1934).
3. ARTOM. — Acidosi e Dermopatie (*Giorn. Ital. di Derm. e Sifil.*, 1928, p. 787).
4. BARADA. — Le traitement de l'eczéma par le bicarbonate de soude (*Ann. de Dermat. et Syph.*, n° 1, janvier 1931).
5. BARBER et SEMON. — Some new observations on the *Ætiology and Treatment of Seborrhoeic eruptions* (*Journ. Roy. Army. Med. Corps.*, 1919, XXXIII, 244).
6. BECK und LANG. — Über Säure-und Basenempfindlichkeit der Haut im Zusammenhang mit der Konzentration bei Ekzem (*Zentral. für Haut und Geschl. Krank.*, XXV, 55).
7. BERTACCINI (G.). — Ricerche sull'equilibrio acido-base e la riserva d'alcali nel sangue in alcune dermatopatie (*Giorn. Ital. di Derm. e Sifil.*, LXIX, fasc. I, fév. 1928).
8. — L'equilibrio acido-basico in dermatologia (*Gazzetta degli Ospediale delle Cliniche*, 15 sept. 1929).
9. BIERRY (H.) et RATHERY (F.). — Effets de l'ingestion d'eau de Vichy et des solutions de CO_2NaH sur l'acidité ionique urinaire et l'excrétion de quel-

- ques éléments de l'urine (*Ann. de l'Institut d'Hydrologie*, t. III, n° 1, oct.-déc. 1925).
10. BIGWOOD (E. J.). — L'équilibre acide-base du sang à l'état normal et chez le malade (*Ann. de Médecine*, Paris, 1925, XVII, p. 89-115).
 11. BON (H.). — Note sur les variations du pH urinaire au cours de traitements d'alcaloses (*Soc. Sciences Méd. de Franche-Comté*, 28 déc. 1931).
 12. CARMINOW DOBLE (F.). — The acidic value of the urine in skin and other manifestations (*The Lancet*, 7 febr. 1925, p. 272-274 ; 7 march 1925, p. 516-517).
 13. CHERCHIAI (M.). — Etude de la R. A. du sang dans quelques maladies de la peau (*Giorn. Ital. di Derm. e Sifil.*, déc. 1927, fasc. 7).
 14. CLAUDE (F.) et CLOGNE (R.). — Modifications de l'équilibre acido-basique du sang au cours de la cure du Mont-Dore (*XIV^e Congrès Intern. d'Hydrol. Climat. et Géol. Méd. Toulouse*, 4-8 oct. 1933).
 15. CLIFFORD ALLBUTT. — Alkalis in certain diseases of the skin (*The Lancet*, 28 febr. 1925, p. 464).
 16. VIII^e Congrès International de Dermatologie et Syphiligraphie, Copenhague, 5-9 août 1930 (in *Ann. Derm. et Syph.*, n° 1, janv. 1931).
 17. LX^e Congrès de l'Association Française pour l'Avancement des Sciences (Nancy, juillet 1931).
 18. CROSTI. — Recherches sur la concentration en ions H du sang et des exsudats cutanés dans les dermatoses (*Giorn. Ital. di Derm. e Sifil.*, fasc. V, oct. 1929).
 19. DARRIER (J.). — VIII^e Congrès International de Dermatologie et de Syphiligraphie, Copenhague, 5-9 août 1930 (in *Presse Médicale*, n° 4, et 8 octobre 1930).
 20. — L'eczéma après le Congrès de Copenhague (*Presse Médicale*, 10 décembre 1930).
 21. DAUTREBANDE (L.). — L'acidose (*Congrès Franç. de Médecine*, Nancy, 16-19 juill. 1925).

22. DESAUX (A.). — Hypothèses concernant l'étiologie et la pathogénie de l'eczéma vésiculeux vrai (*Bull. et Mém. Soc. de Méd. de Paris*, 24 mai 1930).
23. DESGREZ (A.), BIERRY (H.). et RATHERY (F.). — Etat d'acidose, méthode d'épreuve et de traitement (*Comptes Rendus Acad. Sciences*, 10 juillet 1922, p. 117-119).
24. DINKIN (L.). — Behandlung chronischer Urtikaria mit Alkalium und Salzarmer Diät. (*Deutsche Medizin. Wochenschr.*, 10 fév. 1928, p. 228).
25. Mc DOWALL (R. J. S.). — Bilan des recherches sur l'asthme faites récemment en Angleterre (*Congrès International de l'Asthme du Mont-Dore*, 1932, p. 392-393).
26. DROUET (P.) et VERAÏN (M.). — Variations de l'équilibre acide-base dans un cas d'urticaire chronique (*Soc. de Biologie de Nancy*, 23 février 1926).
27. — L'équilibre acide-base et l'eczéma. Réunion Dermatologique de Nancy (*Bull. Soc. Franç. de Derm. et Syph.*, 13 janv. 1926).
28. — Eczéma, acidose et insuline (*Bull. Soc. Franç. de Derm. et Syph.*, 26 mai 1926).
29. DRUESNE (R.) et VERAÏN (M.). — Asthme des foin avec lésions des muqueuses et déséquilibre acide-base (*Bull. Soc. Fr. de Derm. et Syph.*, 22 juin 1928).
30. ELLIS (H. A.). — Hydrogen ion concentration of the skin and urine in dermatology (*The Medical Press, London*, mai 1925, p. 353 et suiv.).
31. EPSTEIN (Alex.). — Asthme et équilibre acide-base. (*Communication au Congrès International de l'Asthme, Mont-Dore*, 1932, p. 115-118).
32. FARGES (P.). — CO² alvéolaire et cure alcaline (Contribution à l'étude de l'équilibre acide-base) (*Thèse de Toulouse*, 1933-34, t. V).
33. FLARER. — Osservazioni sull'equilibrio acido-basico in rapporto all'apparato cutaneo : la riserva alcalina (*Biochimica e Terapia Sperimentale*, fasc. VI, 1928).

34. FOERSTER (R.). — Zur frage der Beziehungen zwischen Alkalireserve und Dermatosen (*Dermatologische Zeitschrift*, t. 61, 1931, p. 153-158).
35. GOIFFON (R.). — Alcalose et diathèse alcaline (*Presse Médicale*, 1^{er} sept.-1^{er} déc. 1928).
36. — Etude de l'équilibre acide-base par l'analyse d'urine (Masson et Cie, éditeurs, Paris, 1932).
37. — Etude de l'équilibre acide-base par l'analyse d'urine (*Presse Médicale*, 13 sept. 1930, n° 74, p. 1236-1239).
38. GRAF. — Contribution à la question de l'équilibre acide-base du sang dans le psoriasis et l'eczéma (*Arch. für Derm. und Syph.*, 3 oct. 1929, p. 768).
39. JACQUELIN. — Les parentés morbides de l'asthme (*Congrès Intern. de l'Asthme, Mont-Dore, 1932*, p. 134).
40. *Journal Médical Français*. Alcalose (juillet 1930).
41. LEHUEDE (P.). — Contribution à l'étude de la R. A. dans quelques dermatoses (*Thèse de Paris*, 1933, t. XXXIX, n° 520).
42. LESNÉ (E.) et DREYFUS SEE (G.). — Etiologie, pathogénie et traitement de l'asthme infantile (dystonie neuro-végétative et déséquilibre humoral) (*Congrès Intern. de l'Asthme, Mont-Dore, 1932*, p. 224-225).
43. LETULLE (R.) et DELAVILLE (M.). — Equilibre acido-basique du sang. pH et réserve alcaline (*Presse Médicale*, n° 10, 1^{er} février 1930, p. 150-151).
44. LOISELEUR (J.). — Relation entre la R. A., le rapport Clg/Clp et le pH plasmatique (*Société de Biologie*, 10 février 1934).
45. MICHALOWSKY (E. H.). — Alkalireserve und Saurekost (*Klinische Wochenschr.*, 1930, II, n° 32, p. 1505).
46. MORHARDT (P. E.). — L'équilibre acide-base et le régime alimentaire (*Presse Médicale*, 16 juill. 1930, n° 57, p. 965).
47. OTTENSTEIN (B.). — Über Säure-Basengleichgewicht und Ekzem (*Klin. Wochenschr.*, 1929, t. I, p. 704-706).

48. PARISOT (J.), SIMONIN (P.) et VERAÏN (M.). — Anaphylaxie alimentaire et déséquilibre acido-basique (*Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris*, 16 avril 1926).
49. PASTEUR VALLÉRY-RADOT, BLAMOUTIER et LAUDAT. — Urticaire et réserve alcaline (*Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 30 avril 1926, p. 693).
50. PASTEUR VALLÉRY-RADOT, CARRIÉ, BLAMOUTIER et LAUDAT. — Urticaire et phénomènes de choc déclenchés par l'effort musculaire (*Presse Médicale*, n° 47; 11 juin 1927, p. 737).
51. PERLMANN (S.) et VON SAUER (H.). — Die Säure-Alkaliumstimmungstherapie der Harnwegsinfektionen (*Münch. Medizin. Wochenschr.*, 1929, t. II, p. 1793-94).
52. PISACANE (Carlo). — Variations de la R. A. du sang dans quelques maladies de la peau (*Arch. Ital. di Dermat. Sifil. e Vener.*, VI, fasc. I, sept. 1930. Résumé dans *Ann. de Derm. et Syph.*, n° 2, 1931, p. 258).
53. POPESCU (A.). — Alkali reserve in certain cases of dermatosis (*Spitalul.*, mai 1928, p. 184-189).
54. PREININGER (Th.). — Wasserstoffionenkonzentration im Blute bei einigen entzündlichen und nichtentzündlichen Dermatosen (*Dermatol. Wochenschr.*, n° 49, déc. 1927, 85, p. 1679-84).
55. RATHERY (F.), LESCŒUR (L.) et FARGES (P.). — Rapport au XIV^e Congrès International d'Hydrologie, Climatologie et Géologie Médicale (Toulouse, 4-8 octobre 1933).
56. RAVAUT (P.). — L'importance des traitements internes en dermatologie. L'emploi du cacodylate de soude à hautes doses et de l'hyposulfite de soude (*Presse Médicale*, 1920, n° 8, p. 73-74).
57. SCHREUS (H.). — Die Behandlung der Urtikaria mit Alkali nebst Bemerkungen über den Säurebasenhaushalt bei Urtikaria und anderen Dermatosen (*Dermatologische Zeitschrift.*, 53, avril 1928, p. 561-569).

58. SCHWARTZ. — The Alkali reserve of the blood in various diseases of the skin (*F. cut. dis. incl. Sphs. Chicago*, 1919, p. 575-579).
59. SPANYAR (P.) et FARKAS (L.). — Säurebasengleichgewicht bei Haut-und Geschlechtskranken (*Arch. für Derm. und Syph.*, 163, 1931, p. 140).
60. SPILLMANN (L.). — Prurigo lymphadénique, asthme et déséquilibre acido-basique. Réunion Dermatologique de Nancy (*Bull. Soc. Fr. de Derm. et Syph.*, 13 janvier 1926).
61. — Equilibre acide-base et eczéma (*Bull. Soc. Fr. de Derm. et Syph.*, 27 juin 1931).
62. — Importance de l'équilibre acide-base en dermatologie (*Revue Médicale de l'Est*, 1932, t. LX, n° 1, p. 1-6).
63. SPILLMANN (L.), DROUET (P.) et VERAÏN (M.). — L'équilibre acide-base en dermatologie (*Ann. de Dermat. et Syph.*, n° 12, déc. 1929, p. 1301-35).
64. — Dermatoses et alcaloses (*Bull. Soc. Fr. de Derm. et Syph.*, 26 avril 1929).
65. SPILLMANN, VERAÏN et WEISS. — Considérations sur le déséquilibre acido-basique dans les réactions cutanées (*Bull. Soc. Fr. de Derm. et Syph.*, 7 février 1931).
66. SPILLMANN, VERAÏN, SEGALL et WEISS. — Modifications thérapeutiques du déséquilibre acido-basique sanguin. Leurs effets sur les dermatoses concomitantes (*Soc. de Biologie de Nancy*, 20 février 1931).
67. TETAU (J.). — Equilibre acide-base et thérapeutique cutanée (*Arch. Méd. Chir. de Province*, n° 6, juin 1932).
68. TIEFENSEE (K.). — Untersuchungen über das Säure-Basengleichgewicht beim Asthma bronchiale (*Deutsch. Arch. für Klin. Med.*, 65, 1929, p. 265-274).
69. TINEL, WESTPHALL et VALENCE. — Etude du pH urinaire dans l'épilepsie, la migraine et les crises d'anxiété et d'excitation (*Revue Neurologique*, 1926, I, p. 468).

- 70 VALIN (J.). — L'état bio-chimique des humeurs de l'asthmatique (*Journ. de Méd. de Lille*, n° 14, juill. 1933, p. 441).
71. VERAÏN et CHAUMETTE. — Le pH en biologie (Mason, 1930).
72. VIOLLE. — Les régimes et le pH urinaire (*Presse Médicale*, n° 38, 1933, p. 722).
73. — Le pH urinaire en clinique (*La Médecine*, n° 3, février 1936).
74. VONKENNEL. — Die praktische Bedeutung des Säure-Basengleichgewichts bei Hautkrankheiten (*Dermatol. Wochenschr.*, 1928, n° 49, t. 87, p. 1884-1888).
75. WEISS (J.). — Le pH en dermatologie (*Thèse de Nancy*, 1930-31, n° 83).
76. WHITFIELD (Arthur). — The acidic value of the urine in skin diseases and other conditions (*The Lancet*, 28 febr. 1925, p. 465).

TABLE DES MATIERES

Introduction	17
Historique	21
Méthodes générales de diagnostic et de traitement	29
I. — Diagnostic	29
II. — Traitement	33
Observations	39
I. — Malades traités empiriquement	39
A. — Eczéma (5 cas)	39
B. — Urticaire (4 cas)	43
II. — Malades examinés et suivis au point de vue de leur <i>pH</i> ou de leur réserve alcaline ..	46
A. — Eczéma (13 cas)	46
B. — Urticaire (6 cas)	62
C. — Œdème de Quincke (5 cas)	69
D. — Dermographisme (2 cas)	75
Résultats généraux	79
I. — Les malades traités empiriquement ...	79
Eczéma	80
Urticaire	81
II. — Les malades traités après contrôle du <i>pH</i> et de la réserve alcaline	82

A. — Les variations du <i>pH</i> urinaire et de la réserve alcaline	82
B. — Résultats constatés dans les différents groupes de manifestations cutanées	85
C. — Influence du traitement sur le déséquilibre acido-basique et sur les manifestations cutanées	86
III. — Comparaison des résultats obtenus dans les deux groupes d'observations	95
Conclusions	97
BIBLIOGRAPHIE	101



IMPRIMERIE SPÉCIALE
DE
MM. VIGOT Frères



